

N° 1

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
TUBERCULOSE PULMONAIRE
DES VIEILLARDS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 17 novembre 1905

PAR

Jean COMBES

Né à Marseille, le 16 Juillet 1878

INTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE

PRÉPARATEUR DE PATHOLOGIE INTERNE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

Pour obtenir le titre de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1905

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱)..... DOYEN
TRUC..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✱)
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	N.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱)
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEI..
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.

Professeur adjoint : M. RAUZIER.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), BERTIN-SANS E. (✱), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. N.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	N.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	RAUZIER, professeur adjoint.
Pathologie externe.....	JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. DE ROUVILLE.	MM. VEDEL.	MM. GUÉRIN.
GALAVIELLE.	JEANBRAU.	SOUBEIRAN.
RAYMOND.	POUJOL.	GAGNIÈRE.
VIRES.	ARDIN-DELTEIL.	Ed. GRYNFELTT.

M. IZARD, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. RAUZIER, Prof. adj., Président.		MM. GALAVIELLE, Agrégé
GRASSET, Professeur.		ARDIN-DELTEIL, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE CHARLES COMBES

J. COMBES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOINET

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAUZIER

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

J. COMBES.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

DES VIEILLARDS

AVANT-PROPOS

L'étude des manifestations de la tuberculose pulmonaire sénile a déjà suscité quelques travaux, dont le plus important est l'excellente revue générale de Barié. Les formes cliniques, la fréquence et les dangers de cette affection paraissent cependant peu connus de la majorité des praticiens. Les gens du monde, comme le disait Peter, estiment toujours que l'on n'est tuberculeux qu'entre 18 et 35 ans, et bien des médecins sont gens du monde sur ce point. D'autre part, les phtisiographes, qui ont multiplié leurs recherches et leurs statistiques depuis que la tuberculose est devenue une maladie sociale et un sujet d'actualité, ont porté surtout leurs investigations sur l'âge adulte et sur l'enfance. Le bacillaire sénile les intéresse peu, et s'ils ne vont pas jusqu'à penser avec Fonssagrives que, « passé 45 ou 50 ans, il est

indifférent d'être ou de ne pas être tuberculeux », ils ne disent pas assez, comme l'a fait ressortir M. le professeur Boinet dans un travail récent¹ et qui sert de base à cette thèse, que « des vieillards, considérés comme de simples » catarrheux et contre l'expectoration desquels on ne prend » aucune précaution, sont, en réalité, des tuberculeux dont » les crachats bacillifères propagent d'autant mieux la » tuberculose que le danger de contamination n'est pas » soupçonné par l'entourage, ni souvent même par le » médecin ».

Le but de cette étude est donc de rechercher la proportion exacte des tuberculeux séniles dans les diverses statistiques et principalement dans celles des hôpitaux de Marseille, d'indiquer les formes anatomo-pathologiques et cliniques le plus fréquemment observées, d'insister ensuite sur les difficultés du diagnostic et sur les dangers de cette affection.

Cette thèse, très modeste, marque la fin de ma vie d'étudiant, de ces années que j'aurais voulues calmes et laborieuses, sous la direction de maîtres érudits et bienveillants, en compagnie de camarades agréables et dont quelques-uns m'ont témoigné une amitié si fraternelle. Dieu, qui m'a si durement frappé, n'en a pas jugé ainsi, et j'ai dû laisser partir à mes côtés ceux que j'aimais le plus au monde ; aussi n'ai je pas la force de prononcer ici ces paroles de confiance dans la vie qui forment la conclusion habituelle de ces avant-propos.

Je tiens cependant à remercier les Maîtres de l'Ecole de médecine et des hôpitaux de Marseille qui m'ont donné

¹ Boinet ; Fréquence et dangers de la tuberculose pulmonaire sénile. *Marseille Médical*, 15 août 1905.

l'enseignement de leur science et de leur expérience et principalement M. le professeur Boinet, à qui je dois l'idée première de cette thèse, les observations qu'elle contient ; M. le professeur Arnaud, qui fut toujours pour moi un Maître si parfait ; M. Oddo, qui m'a fait l'honneur de m'admettre dans son laboratoire ; MM. Boy-Teissier, Vidal, Treille Queirel, d'Astros, Joseph Arnaud, Michel, Villeneuve et Laget.

J'adresse enfin à mes camarades, dont la sympathie me fut si douce aux heures d'épreuve, un souvenir ému.

CHAPITRE PREMIER

Il est inutile de rechercher dans l'histoire de la tuberculose pulmonaire sénile l'opinion des auteurs qui ont précédé Bayle et Laennec. La conception qu'ils avaient de la phtisie, conforme à la définition d'Hippocrate, était si vaste et si peu précise à la fois, que Maygrier, dans son article de la première édition du *Dictionnaire des Sciences Médicales*, énumère encore quatorze genres de phtisie, parmi lesquels on trouve le scorbut à côté de l'anémie syphilitique et du cancer. Il est donc certain qu'ils confondaient, sous une même appellation, toutes les affections pulmonaires chroniques accompagnées d'expectoration et de cachexie. Tous admettaient cependant que la phtisie survenait surtout entre 18 et 35 ans, qu'elle était extrêmement rare dans la vieillesse.

Bayle fut le premier à signaler des tubercules à l'autopsie de gens âgés, et Laennec remarque que la phtisie est très fréquente dans la vieillesse, même avancée. Cette idée ne fut pas acceptée sans réserves, et l'on peut diviser les auteurs qui ont étudié la tuberculose en deux partis : les uns, de moins en moins nombreux, fidèles aux théories hippocratiques, admettent que l'âge crée une sorte d'immunité à la tuberculose ; les autres, conquis aux idées modernes, considèrent cette affection comme une maladie contagieuse, pouvant atteindre le vieillard au même titre que l'adulte. Au début, la tuberculose pulmonaire sénile fut décrite avec timidité ; mais à mesure que se généralisaient les observa-

tions de Villemain et les découvertes de Koch, les études devinrent plus nombreuses et leurs conclusions plus catégoriques. Bayle, sur 100 phtisiques, en signale 13 qui ont dépassé 60 ans; Louis, 17 sur 123; Quesne décrit une tuberculose à forme hémoptoïque chez un vieillard de 80 ans; Andral cite un cas analogue, puis viennent les autopsies de Cruveilhier, le mémoire très complet de Rogée sur la curabilité de la phtisie par transformation des tubercules, de nouvelles observations de Milcent et de Barth, les statistiques de Lebert, la thèse de Boudet. En 1863, Moureton, élève de Vulpian, conclut, dans sa thèse, que le vieillard se tuberculise comme l'adulte et réunit des observations de tuberculation aiguë au cours de la vieillesse. Les années suivantes, les travaux et les thèses se multiplient : thèses de Cocatrice et de Jardin, traité d'Hérard et Cornil, thèses de Bard sur les formes fibreuses, d'Olivier sur l'hémoptysie, de Binse, d'Audoin, de Weil, de Ruelle. Peter, dans ses leçons, décrit la tuberculose de la cinquantaine qu'il oppose à la phtisie de la puberté; celle-ci, due à une prédisposition héréditaire ou constitutionnelle; celle-là, déterminée par la lente et continuelle influence des causes prédisposantes. Théorie que Luigi Manfredi reprend vingt ans plus tard en décrivant deux maxima dans la fréquence de la tuberculose : la première enfance et la vieillesse. De 1885 à 1896 paraissent encore une observation de Duguet, les thèses de Gilbert et de Michel, les articles de Parisot et de Marfan, deux leçons cliniques de Potain et enfin l'excellente étude d'ensemble de Barié. Cette revue générale fixe définitivement les formes cliniques et les lésions anatomo-pathologiques de la tuberculose sénile, les recherches postérieures ne porteront plus que sur les dangers sociaux, la fréquence, les formes latentes ou anormales, les difficultés que rencontre le diagnostic et les réactions de laboratoire qui peuvent l'éclairer. Il convient

de citer, parmi ces derniers travaux, le traité clinique de Bernheim, les recherches de Froment sur le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont chez les vieillards, une série d'observations de Boinet, les thèses de Chaix, de Rueff, de Pavillard et de Balme, des articles de Monnier et d'Étienne.

Parallèlement aux travaux des phthisiographes, apparaissent les traités des maladies de la vieillesse, les mémoires de physiologie. Les premiers ouvrages spéciaux de pathologie sénile, tels que ceux de Floyer, de Welstedt, de Fischer, ceux même de Pinel et de Rostan, ont, comme le dit Charcot, « une allure littéraire et philosophique et ne sont » que des paraphrases plus ou moins habiles du *De Seneciute* de l'orateur romain ».

Plus tard, les spéculations font place aux observations recueillies avec la méthode scientifique et le contrôle des statistiques, et les mémoires de Prus, ceux de Canstatt, de Beau, de Day, l'article de Gillette, les travaux de Geist et de Mettenheimer, précis et exacts, donnent à la tuberculose une part importante dans la pathologie sénile, si bien que Fuller pouvait proclamer, dès 1867, que les tuberculeux sont aussi nombreux à 70 qu'à 15 ans. L'opinion de Durand-Fardel, moins exagérée, est plus juste ; plus juste aussi est l'appréciation de Charcot, qui résume, au début de ses leçons cliniques sur les maladies de la vieillesse, les idées de son époque dans un passage que nous tenons à reproduire : « La vieillesse semble créer à certains égards des immunités pathologiques. Les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la phthisie sont peu communes à cet âge ; cependant il ne faut pas exagérer l'importance de ces immunités, qui sont loin d'être absolues. Pour ce qui est de la phthisie, nous avons remarqué, M. Vulpian et moi, que la tuberculisation, même aiguë, est plus fréquente à la Salpêtrière qu'on ne le croit habituellement ».

Les travaux enfin sur la pathologie générale de la vieillesse, tels que la thèse d'agrégation de Brousse, les mémoires de Demange et d'Havard-Marsh, les leçons sur les maladies des vieillards de Boy-Teissier, qui ne traitent pas spécialement de la tuberculose, ont précisé la marche de l'involution sénile et fait connaître les réactions de l'organisme dans la vieillesse, ils se rapprochent à ce titre de la pathogénie de la tuberculose sénile.

CHAPITRE II

Fréquence de la Tuberculose pulmonaire parmi les vieillards

Puisque la fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile a été et reste encore l'objet de contestations, il est indispensable d'examiner une fois de plus les statistiques qui ont servi de base à ces discussions et d'en interpréter les résultats. La tuberculose pulmonaire a justement suscité une succession ininterrompue de statistiques. La statistique, avec ses allures mathématiques et rigoureuses, convient bien à la mentalité de notre génération : elle paraît exacte et précise, elle évite les spéculations osées, et l'esprit y trouve, sans réflexions laborieuses, des conclusions faciles. Il ne faut pourtant pas en exagérer la valeur et proclamer, comme Toulmouche, que « les sciences d'observation ne peuvent » se perfectionner que par la statistique qui, seule, enregistre tout et n'oublie rien ». En réalité, la méthode numérique, surtout lorsqu'elle s'applique aux phénomènes de la vie, n'évite ni les causes d'erreur, ni les partialités inhérentes à l'observateur ; elle trompe, en outre, et d'autant plus lourdement, qu'elle donne comme absolus des chiffres qui, modifiés par des coefficients souvent inconnus, ne peuvent être que relatifs. Trousseau avait vu ces inconvénients et il en prévenait ses élèves par une critique sévère qu'il terminait ainsi : « Cette méthode mène à des résultats qui

» ne sont et ne peuvent être que des faits bruts, que des
» notions élémentaires. Ces faits, ces notions, sont une
» pâture pour l'intelligence qui les élabore ». Les conclusions des statistiques qui se trouvent réunies dans ce chapitre doivent donc être considérées comme de simples indications, mais qui peuvent donner, par la force des chiffres, une idée assez exacte des ravages de la tuberculose pulmonaire parmi les vieillards.

Ces travaux peuvent être classés, pour la netteté de leur comparaison, en quatre groupes principaux :

PREMIÈRE SÉRIE

RECHERCHES DE FULLER ET DE WURTZBURG

William Fuller a recueilli, en 1847, tous les décès par tuberculose pulmonaire survenus pendant l'année et il les a rapprochés du nombre total des habitants. C'est ainsi que, pour une population globale de 1,169,821 personnes âgées de plus de 60 ans, il constate 1,698 décès par phtisie pour 512,510 hommes, et 1,614 pour 657,211 femmes. *On peut en conclure que, sur mille vieillards, il en meurt environ trois par tuberculose.*

Wurzburg divise la population prussienne, d'après l'âge, en série de dix mille individus, puis il rapporte la mortalité causée par la phtisie au chiffre des vivants. Il obtient ainsi un tableau où la courbe de la mortalité atteint son maximum à l'âge compris entre 60 et 70 ans. D'après ces calculs, sur dix mille sujets, il en meurt par tuberculose :

93 environ	âgés de	60 à 70 ans
67	—	50 à 60 —
61	—	70 à 80 —
48	—	40 à 50 —

Ce qui donne une proportion de 6 environ pour 1000.

DEUXIÈME SÉRIE

PROPORTION DES VIEILLARDS DANS LES TABLES DE DÉCÈS PAR TUBERCULOSE

Bayle relève 23 phthisiques âgés de plus de 50 ans sur une série de 100 décès.

Louis,	17	sur	128,	soit	13	%.
Lebert,	143	—	1055,	—	12	—
Morton,	83	—	497,	—	16	—

Barié, sur les statistiques municipales de la Ville de Paris, relève, en 1891 : 1,150 vieillards sur 10,649 décès par tuberculose, soit encore 10,3 %.

Bourgeois signale des chiffres analogues dans les statistiques des années 1901 et 1902 : en 1901, 1,317 vieillards sur 10685, 12 %; en 1902, 881 sur 6,239 hommes, et 407 sur 4 287 femmes, ce qui donne encore une proportion de 13 et 9 %.

Launois et Bourgeois, dans les statistiques très détaillées de l'hôpital Tenon, constatent aussi de 1879 à 1903, sur 16,224 décès par bacillose, 2,089 chez des malades âgés de plus de 55 ans ; la proportion est encore de 12 %.

La conclusion de cette série est donc que, sur cent décès par tuberculose pulmonaire, douze au moins se produisent chez des malades âgés de plus de 55 ans.

TROISIÈME SÉRIE

PROPORTION DES VIEILLARDS PARMI LES TUBERCULEUX EN TRAITEMENT

La statistique de Hasse porte sur 132 bacillaires, 44 ont dépassé 40 ans, soit une proportion de 33 %.

Callier, dans sa thèse « Alcool et Tuberculose », a réuni 92 observations d'alcooliques devenus phthisiques. 4 avaient dépassé 60 ans, 12 avaient plus de 50 ans, ce qui fait une proportion moyenne de 18 %.

Les registres des entrées des hôpitaux généraux de Marseille, l'Hôtel-Dieu et la Conception, nous ont donné les résultats suivants :

Hôtel-Dieu

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DES TUBERCULEUX en traitement	TUBERCULEUX âgés de plus de 55 ans	PROPORTION
1895	213	23	10 7 %
1896	162	13	8 »
1897	158	21	13.3 »
1898	226	18	7,9 »
1899	173	17	9,8 »
1900	156	15	9,6 »
1901	173	17	9,8 »
1902	170	11	6,4 »
1903	203	12	5,9 »
1904	176	21	11,9 »

Hôpital de la Conception

ANNÉES	NOMBRE TOTAL DES TUBERCULEUX en traitement		TUBERCULEUX agés de plus de 55 ans		PROPORTION	
	H	F	H	F	H	F
1895	150	86	9	12	6	13
1896	170	83	10	5	5	6
1897	187	100	17	3	9	3
1898	136	90	13	5	9	5
1899	177	80	12	7	6,5	8
1900	153	77	14	5	9	6
1901	178	80	15	3	8,9	3
1902	210	86	17	1	8	1
1903	166	73	13	2	7,5	2,7
1904	200	70	15	4	7,5	5

Les résultats de ces deux statistiques concordent, et l'on peut en conclure que le pourcentage des bacillaires séniles dans les hôpitaux est 7 environ pour les hommes, 5 à peine pour les femmes. A ces malades on pourrait ajouter bien des tuberculeux qui, physiologiquement, sont des vieillards. La sénilité n'est pas seulement fonction de l'âge, mais encore de l'état de conservation ou d'usure de l'organisme, et dans la clientèle ordinaire des hôpitaux, que de pauvres gens usés par l'alcoolisme, le travail des quais, les privations et la misère, sont des vieillards à 50 ans !

QUATRIÈME SÉRIE

PROPORTION DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE PARMI LES VIEILLARDS HOSPITALISÉS

Il faut distinguer ici deux sortes de tuberculoses : la tuberculose pulmonaire, constatée cliniquement pendant la vie, et les altérations tuberculeuses des poumons, que l'on découvre seulement sur la table d'amphithéâtre. Les cicatrices, les indurations et les concrétions sont extrêmement

fréquentes à l'autopsie des vieillards morts des affections les plus diverses, si fréquentes même que Rogée, qui les avait notées cinquante et une fois sur cent autopsies, eut de grandes difficultés à prouver leur origine tuberculeuse. Cette question est aujourd'hui jugée, et à côté de ces lésions cicatricielles, on constate des excavations à parois fibreuses, des tubercules calcifiés au niveau desquels Haushalter a recueilli des bacilles virulents et qui sont des manifestations atténuées mais actives du processus tuberculeux. Les autopsies de Natalis Guillot à Bicêtre, de Lerefait à Rouen, témoignent, en outre, de leur fréquence. Les tuberculoses dont les signes cliniques s'imposent sont moins nombreuses, et M le docteur Pagliano, d'après les constatations faites à sa consultation de l'hospice de Sainte-Marguerite, évalue à cinquante le nombre des vieillards reconnus tuberculeux et disséminés dans les salles de cet hospice où sont réunis plus de sept cents vieillards.

Les deux seules statistiques portant sur un chiffre total d'autopsies sont celles de Geist et de Vulpian.

Vulpian a constaté, sur 86 autopsies de vieilles femmes de la Salpêtrière, 14 bacillaires, ce qui donne une proportion de 17,5 %.

Son interne Mourelon, sur 50 femmes de plus de 60 ans, mortes dans le même service et à la même époque, mais dont l'autopsie n'a pu être faite, en a observé 7, soit une proportion de 14 %.

La statistique de Geist (72 tuberculeux sur 514 autopsies) donne un pourcentage analogue (14 %).

Les résultats des autres statistiques, établies sur des observations cliniques, donnent des chiffres très inférieurs :

Prus .	390 décès	12 tuberculeux	4,6 %
Day..	53.048 —	1.867 —	3 %
Barié.	92.141 —	2.202 —	2 %

Les registres de l'hospice de Sainte Marguerite, dans lequel sont admis les vieillards indigents de la ville de Marseille, mentionnent des rapports à peu près semblables, 3,7 %. Les voici répartis ainsi au cours des cinq dernières années :

1900	92	décès de vieillards	9	tuberculeux	9	%
1901	115	—	1	—	0,86	%
1902	76	—	2	—	2,5	%
1903	82	—	3	—	3,5	%
1904	111	—	3	—	2,8	%

On peut donc conclure de cette dernière série que, dans les hospices de vieillards, 3 à 4 % des décès sont dus à la tuberculose diagnostiquée pendant la vie ; mais que l'on constate 15 à 17 fois sur 100 des lésions bacillaires à l'autopsie.

Ces chiffres, très inférieurs à ceux de Sommerbrodt, qui prétend que 40 % des invalides de Berlin meurent tuberculeux, sont certainement loin de la vérité ; ils ne représentent que les cas indiscutables de tuberculose pulmonaire, il faudrait y ajouter tous les cas de tuberculose que l'on ne diagnostique pas, mais dont on meurt, toutes ces formes latentes si communes chez le vieillard, qui se dissimulent sous les diagnostics de cachexie sénile, de misère physiologique et de bronchite.

C'est à ce point de vue surtout que l'examen des registres hospitaliers, qui paraît de prime-abord fastidieux, est intéressant. On voit, par exemple, un même malade y figurer à plusieurs reprises sous les diagnostics alternés de tuberculose pulmonaire, d'emphysème et de bronchite, ce qui indique mieux que de longs commentaires les difficultés que l'on éprouve parfois à différencier ces affections.

La proportion des tuberculeuses séniles est, en outre, nettement inférieure à celle des hommes (5 % au lieu de 7,5 % sur les statistiques de l'hôpital de la Conception).

Bayle, Andral, et plus tard Wurzburg et Peter avaient pour- tant proclamé que la tuberculose sévissait avec plus d'intensité parmi les femmes. Michel, qui l'admettait pour les adultes, pensait que la différence s'atténuait dans la vieillesse. « En effet, dit-il dans sa thèse, les divers incidents de la vie génitale de la femme, qui augmentent d'après certains auteurs la fréquence de la tuberculose dans le sexe féminin, font défaut chez le vieillard ; l'équilibre s'établit entre les deux sexes qui deviennent égaux devant la phtisie, suivant l'opinion de Marfan. » Depuis cette époque, les causes secondaires de tuberculisation ont peu varié pour la femme ; si l'on considère par contre les progrès incessants de l'alcoolisme, le développement de l'industrie moderne qui ne s'accompagne pas toujours de l'amélioration de l'hygiène des ouvriers, on comprend que la tuberculose ait augmenté ses ravages chez l'homme, alors que sa marche est restée à peu près stationnaire chez la femme. Arrivée à la vieillesse, la femme, dont la santé a résisté à toutes les épreuves que lui impose son état, aura peu de chance de se tuberculiser. Presque toutes les bacillaires qui viennent à l'hôpital sont encore jeunes ; ce sont le plus souvent des ouvrières, des domestiques, des servantes d'hôpital ou des filles soumises. Je n'insiste pas sur les causes sociales qui précipitent chez elles l'évolution de la phtisie.

En résumé, on peut conclure de ces diverses statistiques que :

Sur 100 décès par tuberculose pulmonaire indiscutable, 12 surviennent chez des personnes âgées de plus de 55 ans.

Sur 100 tuberculeux traités à l'hôpital, plus de 7 ont dépassé cet âge.

Sur 100 vieillards hospitalisés, il en meurt à peu près 4 tuberculeux.

Si l'on considère tous les cas de tuberculose latente qui restent ignorés des médecins et sur l'importance desquels on ne saurait trop insister, on voit que ces statistiques ne représentent qu'une partie infime de la vérité.

Nous tâcherons de montrer dans cette thèse que la tuberculose des vieillards est une affection méconnue. Les symptômes qu'elle présente sont hybrides, le diagnostic ne s'impose pas, on l'oublie sur les statistiques.

Tels qu'ils sont, les tableaux que nous venons de parcourir prouvent cependant qu'il meurt, comme le disait Potain, autant de tuberculeux après 55 qu'entre 15 et 20 ans. Si l'on y songeait un peu plus, on réclamerait des vieillards cataractueux ces précautions d'hygiène que l'on impose aux adultes, et l'on supprimerait ainsi des hospices, où les enfants de l'Assistance publique habitent souvent près des vieillards, un élément de contagion.

CHAPITRE III

Étiologie

On donnait autrefois deux facteurs étiologiques à la tuberculose : la contagion et l'hérédité; aujourd'hui l'hérédité est reléguée au rôle secondaire de cause prédisposante, la contagion seule suffit à déterminer la phtisie. Elle agit sur le vieillard comme sur l'adulte, et si l'âge imprime à l'organisme des modifications qui le rendent moins propre à l'évolution du bacille de Koch, il entraîne, d'autre part, avec lui un affaiblissement général de tout l'être, qui diminue sa résistance à l'infection. Il n'est donc plus besoin de recourir à des théories spécieuses pour expliquer l'apparition de la tuberculose sénile, elle obéit aux lois générales de la contagion. L'invasion de la maladie survient dans la vieillesse, comme Moureton a été le premier à l'observer, malgré l'opinion de Gendrin, mais elle peut aussi avoir eu lieu dans la jeunesse: dans ce cas, après une première poussée active, la bacillose reste de longues années sans évoluer, ou progresse avec une lenteur telle qu'elle paraît vieillir en même temps que le malade.

Toutes les causes prédisposantes reconnues chez l'adulte se rencontrent aussi chez le vieillard.

Au premier rang, le surmenage, les privations et la misère, l'encombrement dans les logements insalubres, sans lumière et sans air, où les grandes villes, les villes tentaculaires, selon l'expression de Vandervelde, entassent les ouvriers.

L'alcoolisme vient ensuite. Il est si doux à la misère et les débits de boissons si attrayants avec leurs glaces qui brillent, la patronne si aimable, les compagnons si joyeux, à côté de la mansarde noire, de la femme qui se plaint et des enfants qui pleurent. Les vieillards eux-mêmes n'y sont point insensibles, il suffit d'avoir passé par les hospices pour savoir dans quel état rentrent souvent leurs pensionnaires.

Les professions dangereuses ou insalubres, importantes pour l'adulte, n'existent plus pour le vieillard ; il faut être jeune pour les exercer. Le vieillard se tuberculise plutôt par défaut d'air et manque d'exercice. Les rhumatisants chroniques, les hémiplegiques, les nerveux séniles qui restent des années oubliés au fond des salles de médecine, souvent à côté de tuberculeux avancés qui expectorent leurs bacilles, se tuberculisent eux aussi. L'aération est empêchée par le voisin qui râle et dont l'état exige que la fenêtre reste close, l'alimentation devient de plus en plus précaire ; ces malades immobilisés digèrent mal et n'ont plus d'appétit. Quel appétit résisterait aux odeurs de la salle, à la promiscuité de l'urinal et du bol de tisane sur la même tablette, à tant d'autres détails qui affectent notre délicatesse, mais qui passent heureusement inaperçus de la majorité des malades ?

C'est l'inaction aussi qui facilite la tuberculisation des malades atteints de lésions anciennes de l'estomac, des aliénés, des mélancoliques. Chez ces derniers interviennent aussi les idées de tristesse qu'avait déjà signalées Laënnec et dont Peter et Barié ont montré l'importance.

On a incriminé, surtout pour les formes séniles, certaines maladies, telles que le diabète, les traumatismes qui condamnent le vieillard au repos. Leur action s'explique par le degré de déchéance qu'ils impriment à l'organisme.

Quant aux états antagonistes, ils sont peu nombreux

et leur rôle très limité : la tuberculose est fréquente chez les aortiques, elle existe aussi chez les malades atteints de rétrécissement mitral. L'arthritisme seul et le cancer paraissent encore avoir une influence contraire à la tuberculose ; les idées déjà anciennes de Mussy et de Pidoux ont été sérieusement confirmées par les travaux plus récents de Sarda et de Vires. Les conclusions du rapport de M. Sarda au congrès de 1898 à Montpellier ont définitivement établi que la diathèse arthritique est l'antagoniste de la tuberculose et « que les raisons de la lenteur et de la bénignité des » lésions tuberculeuses chez les arthritiques ne diffèrent pas » sensiblement de celles qu'on peut observer chez les non » arthritiques : elles sont d'ordre purement anatomique et » local... » Ces idées ont été acceptées par M. Grasset et développées dans la thèse de M. Rancoule. L'antagonisme du cancer, soutenu par Rokitanski, Hunter, Gendrin, nié par Virchow, Wagner, Friederich, Weber, existe aussi ; Claude le reconnaît dans sa monographie très complète sur le cancer et la tuberculose. Voici d'ailleurs sa conclusion :

» Un certain nombre de tumeurs malignes se voient de » préférence chez les individus dont la nutrition se rappro- » che d'un type spécial et qu'on groupe sous la dénomination » d'arthritiques ; ces mêmes individus offrent une réceptivité » moindre à l'infection tuberculeuse. Voilà une double » constatation, bien banale, il est vrai, mais conforme à » l'observation la plus ancienne. C'est tout ce qu'on peut » dire à ce sujet sans pouvoir justifier cette affirmation par » des arguments scientifiques. Mais si nous faisons cette » concession aux idées pathologiques anciennes, nous voyons » d'autre part que la coexistence de la tuberculose et du » cancer est un fait réel, peut-être moins rare qu'on ne » pense, qu'il y a des conditions assez variées dans les- » quelles les lésions des deux maladies évoluent côte à

» côte, se confondent, créent des hybridités tuberculo-can-
» céreuses qu'il sera utile de mieux étudier, car l'évolution,
» le pronostic et le traitement de ces néoplasmes mixtes,
» encore si peu connus, pourront être très différents de
» ceux des lésions simples, pures, auxquelles on suppose
» avoir affaire ».

CHAPITRE IV

Lésions anatomiques

A mesure que l'homme vieillit, il se produit dans tout son organisme des modifications profondes que Canstatt a systématisées sous le nom d'involution sénile. La nutrition se ralentit, les organes s'atrophient et la sclérose envahit lentement et fatalement les tissus. Quelle que soit l'explication qu'en donnent les auteurs, qu'ils y voient des modifications cellulaires, secondaires à une altération du sang dont les lésions pulmonaires, suivant Reveillé-Parise, ou l'ossification du thorax, d'après la théorie d'Hamelin, ont entravé l'hématose ; qu'elle soit une simple conséquence de l'artério-sclérose, comme le voulait Demange, ou qu'elle constitue, elle-même, un processus spécial, comme l'a établi Boy-Teissier, la selérogénèse est la caractéristique de la senescence. Il n'entre pas dans le cadre très limité de cette thèse d'exposer ici la théorie de Boy-Teissier à laquelle s'est rallié Le Noir, mais on doit admettre avec eux qu'il semble que les organes perdent avec l'âge la faculté de reproduire leurs éléments nobles, tandis que le tissu fibreux, moins différencié conserve plus longtemps son pouvoir d'amorce et tend à remplacer les cellules spéciales au fur et à mesure de leur destruction. La conception de cette sclérose généralisée, progressive et inévitable, à laquelle Boy-Teissier a donné le nom de xérose, permet de concevoir l'anatomie du poumon sénile et l'évolution de la tuberculose chez le vieillard.

Les modifications que l'âge imprime à l'appareil respiratoire portent à la fois sur la conformation du thorax, sur la texture anatomique des poumons, des conduits aériens et de la plèvre.

La cage thoracique, par suite de la soudure des pièces du sternum, de la calcification des cartilages costaux, de l'affaïssement des disques intervertébraux qui accentue la voussure de la colonne vertébrale, diminue de volume et perd son élasticité. Les muscles respiratoires eux-mêmes s'atrophient et les espaces intercostaux se rétrécissent.

Les conduits aériens, le larynx, la trachée, les bronches se calcifient progressivement, leurs fibres musculaires et élastiques s'atrophient et font place au tissu fibreux, préparant ainsi, au niveau des bronches, ces dilatations que l'on observe si communément chez le vieillard.

Les poumons, chargés d'anthracose, prennent une coloration grise, ardoisée ; ils ont perdu leur souplesse, et tandis que les feuillets de la plèvre, épaissis et scléreux, adhèrent entre eux au point de nécessiter à l'autopsie le décollement laborieux de la plèvre pariétale, les cellules pulmonaires se déforment, perdent leur régularité et s'allongent, si bien que les alvéoles pulmonaires se laissent dilater, comme Rosignol l'a établi par ses mensurations, et forment ainsi de véritables cavités communiquant entre elles, que Jenner, Frentzel et Eppinger ont décrites et étudiées. Ce sont là des lésions d'emphysème pulmonaire avec tout leur cortège d'altérations secondaires : compression et oblitération des vaisseaux, atrophie du tissu conjonctif des parois alvéolaires, lésions athéromateuses des artères bronchiques. Parallèlement à cet emphysème sénile, physiologique, évoluent des îlots de sclérose causés ou entretenus par les infections répétées qu'a subies le poumon.

Emphysème et sclérose sont donc les deux caractères

prédominants du poumon sénile. C'est à eux que la tuberculose doit de revêtir des formes particulières et de progresser avec une lenteur spéciale dans la vieillesse.

Les lésions essentielles de la tuberculose sont partout identiques ; chez le vieillard comme chez l'adulte, elles se ramènent aux trois grandes formes classiques ; tubercule, cru ou ramolli, granulations grises, masses caséeuses. L'unité des lésions tuberculeuses est un fait universellement accepté et sur lequel il n'y a pas à revenir ici. La tuberculose sénile présente par contre des lésions secondaires qui lui donnent une allure spéciale et sur lesquelles il est utile d'insister.

L'action réciproque de la tuberculose et de l'emphysème a donné lieu à plusieurs théories et à de nombreux travaux dont on trouvera un historique très complet dans l'excellente thèse de Rueff. S'il est admis que l'emphysème pulmonaire est l'antagoniste de la tuberculose, il ne s'en suit pas qu'ils ne puissent coexister sur un même sujet, et c'est par une erreur de déduction que tant de médecins, constatant des signes nets d'emphysème, éliminent aussitôt la phtisie. En réalité, lorsque l'on procède à des autopsies systématiques, on constate qu'il existe dans presque tous les cas de l'emphysème plus ou moins étendu autour des lésions tuberculeuses, chez les vieillards surtout. Cette particularité, observée déjà par Laënnec, a été étudiée et interprétée dans une série de travaux dont les plus connus sont ceux de Galliard, de Grancher, de Renaut, les thèses de Hirtz, de Bard et de Rueff. Pour Grancher, l'emphysème pulmonaire des tuberculeux est partiel, circonscrit autour d'îlots tuberculeux fibreux ou caséeux et limité par des zones de sclérose pulmonaire. La dilatation des alvéoles qui communiquent entre eux par suite de la rupture de leur paroi, les travées fibreuses qui traversent le parenchyme, donnent au poumon

un aspect spécial qui a provoqué la dénomination d'emphysème réticulé. C'est là la forme d'emphysème la plus fréquente chez les tuberculeux, mais il peut se présenter sous d'autres formes et les voici telles que Rueff les a classées : dans une première variété, l'emphysème est net, généralisé, la tuberculose concomitante est peu développée et paraît enrayée. Dans la seconde, l'emphysème s'est généralisé au point d'entraîner des symptômes graves et de masquer complètement la tuberculose. Dans une troisième, c'est la tuberculose qui prédomine et l'emphysème reste peu étendu. Dans une quatrième enfin, il existe un foyer de tuberculose d'un côté du thorax, de l'emphysème pulmonaire de l'autre.

Hirtz et Bard ont montré qu'il fallait distinguer deux cas dans la présence simultanée de l'emphysème et de la tuberculose. Dans le premier, c'est la tuberculose qui a envahi un poumon constitutionnellement emphysémateux ; dans la seconde, l'emphysème est consécutif à la tuberculose. La seconde de ces formes, que Rueff appelle tuberculose emphysémateuse, se développe au cours d'une tuberculose pulmonaire et s'étend suffisamment pour ralentir, par sa présence, l'évolution bacillaire. Cet emphysème post-tuberculeux a été admis par Martin, qui voit même en lui une évolution spéciale et heureuse de la tuberculose, et il est conforme aux idées de Landouzy, pour qui l'asthme et l'emphysème ne sont, comme la pleurésie, que des formes frustes de la tuberculose. Bécère au dernier Congrès de la tuberculose, se demande si l'emphysème constitutionnel n'est pas dû à une tuberculose ancienne éteinte ou sommeillante. L'examen radioscopique de plusieurs centaines d'emphysémateux de l'hôpital Saint-Antoine lui a presque toujours révélé les signes d'une tuberculose ancienne, sous forme d'induration des sommets et d'adénopathies péribronchiques et médiastines.

Quelle que soit l'origine de l'emphysème, qu'il soit primitif et, dans ce cas, que l'invasion bacillaire se soit produite sur un poumon déjà sénile ou qu'il se soit développé comme l'ont constaté Hirtz et Rueff, au cours d'une de ces tuberculoses lentes qui, contractées dans la jeunesse, ont leur terminaison dans un âge avancé, c'est à cet emphysème plus qu'à des causes générales ou physiologiques qu'il faut attribuer les formes atténuées de la tuberculose sénile. Il favorise, par les modifications anatomiques qu'il crée, l'évolution progressive de la xérose au niveau du poumon. Lorsqu'il n'existe pas, le processus tuberculeux agit sur l'organisme délabré et sans défense du vieillard avec autant d'intensité que chez l'adulte et donne lieu à ces tuberculoses à marche rapide, à ces pneumonies caséeuses ou à ces granulies séniles que l'on rencontre surtout dans les milieux hospitaliers.

Si l'on ne peut plus admettre, en effet, l'antagonisme diathésique tel que le concevaient Guéneau de Mussy et Pidoux, on est obligé de constater que l'emphysème pulmonaire, par ses altérations anatomiques, entrave l'inoculation d'abord et combat ensuite, d'une manière indiscutable, la marche de la tuberculose. Quel terrain est, en effet, moins propice à la semence et à la germination du bacille de Koch qu'un poumon devenu semblable, selon la comparaison de Germain Sée, à un sac de caoutchouc détendu et ramolli, qui ne fonctionne plus que d'une façon très incomplète dans l'inspiration et dont les bronchioles sont encombrées de sécrétions qui forment à la muqueuse un enduit protecteur? L'oblitération des capillaires, qui accompagne toujours la dilatation des alvéoles, est une nouvelle cause d'arrêt pour l'évolution de la bacillose. « Le voisinage des vaisseaux sanguins, a dit Lebert, dans une phrase que l'on trouve citée partout, est l'une des principales conditions de la production tuberculeuse, et celle-ci est d'autant plus rare dans une partie

qu'elle est moins vasculaire. » Le bacille de la tuberculose, placé sur un milieu défavorable, ne déterminera donc pas ces formes ulcéreuses rapides si fréquentes chez l'adulte, il créera le plus souvent des lésions localisées, sans tendances à l'extension et qui évolueront lentement vers la caséification ou la sclérose.

Ces lésions caractéristiques de la tuberculose pulmonaire sénile sont la phtisie fibreuse de Bard et ces productions spéciales que l'on a groupées sous la dénomination peu exacte de masses de guérison.

Bard a distingué, dans son rapport sur les formes cliniques de la tuberculose au Congrès de médecine interne, tenu à Montpellier en 1898, trois variétés de phtisie fibreuse : la pneumonie hyperplasique fibreuse, tuberculeuse, à marche rapide, spéciale aux jeunes gens ; la forme fibreuse dense, aux lésions compactes, massives, sans emphysème ; la sclérose diffuse avec emphysème. C'est cette dernière qui est spéciale à la tuberculose pulmonaire sénile.

Le poumon est transformé, dans ce cas, en un bloc adhérent aux parois du thorax. A la coupe, il présente un aspect aréolaire particulier avec ses bronchioles dilatées, ses alvéoles distendus par l'emphysème, ses travées fibreuses infiltrées d'anthracose. Ça et là, sont disséminées des masses tuberculeuses enkystées, des granulations grises, des excavations à des stades plus ou moins avancés. Au microscope, on remarque des réseaux diffus de fibres entrelacées, sans direction déterminée, groupés autour des bronches, des vaisseaux et des néoformations bacillaires. C'est, en somme, une sclérose broncho-pulmonaire diffuse.

En dehors de cette forme, dont la description précédente n'est que le schéma, on peut rencontrer, à l'autopsie, des localisations bacillaires isolées, à tendances toujours fibreuses et particulières aux vieillards.

Ce sont d'abord des lésions cavitaires, telles qu'on les constate, malheureusement si souvent, mais par suite de l'emphysème qui a envahi le sommet et les parties les plus superficielles du poumon, elles sont abaissées et paraissent occuper la région médiane. Si elles s'accompagnent de bronchorrhée, elles affectent, avec leur évolution lente, tous les signes cliniques de la dilatation des bronches.

Ce sont ensuite ces productions spéciales que l'on désigne sous le terme de masses de guérison et dont la nature tuberculeuse, longtemps discutée, a été établie par Rogée. Ce sont des cavernules oblitérées par des concrétions, tantôt caséocalcaires, jaunes et friables, tantôt entièrement calcifiées, résistantes, blanches et crétaçées. Pour Cornil et Babès, ces masses ont perdu leur virulence et ne contiennent plus de bacilles. Déjerine, par la bactérioscopie; Kurlow, par la méthode des inoculations, distinguent les tubercules calcaires des tubercules caséo-calcaires. Les premiers seuls seraient dépourvus de bacilles. Haushalter en a cependant constaté dans des tubercules entièrement crétaçés.

On remarque enfin, mais très rarement, des cavernes cicatricielles. Les unes ont conservé leur cavité, mais leurs parois sont recouvertes d'une membrane de tissu fibreux, elles sont tantôt vides, tantôt comblées par une masse calcifiée ou par une sorte de noyau cartilagineux; d'autres ont accolé leurs parois, ne laissant plus à leur place qu'une bande scléreuse cicatricielle. Des manifestations de sclérose pulmonaire avoisinent ces productions, ce sont autour des cavernes des coques fibreuses épaissies et, çà et là, des tractus qui rappellent, par leur disposition et leurs caractères microscopiques, les lésions de la phtisie fibreuse de Bard.

Telles sont les formes les plus caractéristiques et les plus fréquentes de la tuberculose pulmonaire sénile. Ce sont celles qu'il importe le plus de connaître, mais on doit décrire

aussi d'autres modalités moins communes qui sont, au point de vue de la contagion, d'autant plus dangereuses, que l'on redécouvre leur nature tuberculeuse qu'à l'autopsie. Ce sont les bronchites chroniques tuberculeuses. La tuberculose ulcéreuse des bronches est rare, mais Durand-Fardel et Charcot l'ont signalée : elle peut être secondaire à un foyer pulmonaire, et, dans ce cas, la muqueuse est inoculée par les exsudats, mais elle est aussi primitive, et Bard, dans son rapport au Congrès de Montpellier, en distingue deux variétés : la bronchite tuberculeuse chronique profonde, caractérisée par une expectoration abondante, des nodules scléreux péribronchiques, de la dilatation des bronches et la bronchite tuberculeuse avec emphysème. Elles ne s'accompagnent souvent d'aucune localisation pulmonaire et leur diagnostic ne peut être fait que par la constatation de la présence du bacille de Koch dans les crachats.

La bronchite chronique vulgaire, complément obligé de l'emphysème, complique souvent les tuberculoses séniles. La muqueuse prend alors une coloration grisâtre, ses glandes tuméfiées font saillie, les fibres élastiques et musculaires peuvent disparaître et les dilatations bronchiques prennent alors naissance. Ces dilatations doivent être distinguées, pour Barié, « des broncheectasies dites vestibulaires (Grancher), qui se produisent en aval des amas tuberculeux et » contribuent à la formation des cavernes par l'infiltration » de leurs parois. » Ces bronchites chroniques, qui ajoutent leurs symptômes à ceux de la tuberculose, sécrètent des mucosités très abondantes qui diluent les exsudats du poumon et rendent plus difficile la recherche du bacille de Koch.

Lorsque le poumon ne présente pas ses caractères séniles, c'est-à-dire quand l'emphysème fait défaut, les formes fibreuses sont plus rares et la bacillose revêt, chez des organismes dont la résistance s'est amoindrie avec l'âge, une

allure ulcéreuse rapide. Les observations de tuberculisation aiguë chez le vieillard sont relativement nombreuses ; il semblerait même, comme l'indiquent les recherches déjà anciennes de Moureton, de Boucaud et d'Audoin, qu'elles aient été les premières à exciter la curiosité des médecins à une époque où la bacilliose sénile était si peu connue. Ces tuberculoses à marche rapide peuvent être groupées chez le vieillard, comme chez l'adulte, suivant trois formes anatomiques principales : la phthisie ulcéreuse commune, la tuberculose miliaire aiguë, la phthisie aiguë pneumonique.

La première de ces variétés est la phthisie commune de l'adulte ; elle ne présente pas de particularités chez le vieillard et elle est si connue qu'il est inutile de la décrire ici.

Moureton et Barié ont recueilli un certain nombre d'observations de la seconde. C'est la granulie, généralisée par la voie sanguine à tous les organes. Des granulations miliaires à demi transparentes, du volume d'une tête d'épingle, ont envahi non seulement le parenchyme du poumon, mais encore la plèvre, le péricarde, le péritoine, la rate, le foie.

La troisième, la pneumonie caséeuse, est localisée à un seul poumon et à la base. Son aspect à la coupe est celui d'un bloc d'hépatisation grise, moins granuleux cependant et moins ferme que celui de la pneumonie, d'une coloration plus jaunâtre aussi et marbré par des îlots d'anthracose.

Ces diverses lésions, semblables à celles des adultes, n'offrent, lorsqu'elles surviennent chez le vieillard, rien de particulier ; elles doivent cependant être signalées et connues.

Localisations extra-pulmonaires. — Les localisations secondaires de la tuberculose pulmonaire, si nombreuses et si variées chez les enfants, sont beaucoup plus rares dans la vieillesse. La méningite tuberculeuse y est presque inconnue

et les autres sont si peu fréquentes, que les auteurs qui ont l'occasion de les constater se hâtent encore de les publier. C'est que, non seulement « à cette époque de la vie, comme le disait Charcot, les organismes semblent rester en quelque sorte indépendants les uns des autres, ils souffrent isolément, et les quelques lésions dont ils peuvent devenir le siège retentissent peu sur le reste de l'économie », mais c'est encore que la tuberculose, comme nous venons de le voir, revêt surtout des formes torpides à évolution lente et sans tendances à la généralisation.

Il faut cependant faire une exception pour la pleurésie et la péricardite. La pleurésie sèche, avec les adhérences qu'elle crée, appartient à la description de la phthisie scléreuse, elle en est un des éléments. La péricardite est plus rare et presque toujours sèche, on trouve quelquefois des granulations tuberculeuses avec des exsudats membraneux, mais le plus souvent elle se manifeste par des tractus fibreux qui peuvent déterminer une symphyse cardiaque plus ou moins complète. Nous en avons noté quatre cas sur trente observations. La péricardite avec épanchement est beaucoup plus rare, le liquide, qui peut être séreux, sanguin ou purulent, est toujours peu abondant.

Les altérations tuberculeuses des os sont rares ; lorsqu'on les rencontre, elles sont généralement primitives et isolées. Milcent et Barié en ont cependant signalé qui étaient survenues après des accidents pulmonaires. Nous en avons observé un cas et on en trouve d'analogues dans la thèse de Morucci.

Les ulcérations secondaires du larynx sont peu communes. Geist et Mettenheimer les mentionnent, nous en avons un cas dans nos observations. Faut-il faire de la rareté de ces lésions si fréquentes chez les adultes, une preuve du peu de virulence des bacilles expectorés, ou ne vaut-il pas mieux

admettre que le larynx sénile, avec sa muqueuse épaissie et sclérosée, est un terrain peu favorable à l'évolution de la tuberculose?

Les adénopathies tuberculeuses ont été signalées par Barth dans deux observations et par Charcot. Londe a recueilli un cas très curieux de tuberculose pulmonaire aiguë chez un ataxique de 66 ans; le point de départ était une adénopathie trachéo-bronchique qui datait de l'enfance.

Moureton et Barié ont réuni quelques observations isolées de tuberculose secondaire du foie et de l'intestin, de péritonite tuberculeuse, un cas d'otite suppurée. Béhier et Jardin ont noté chacun un cas d'épididymite, on a signalé enfin des annexites tuberculeuses dans la vieillesse. Ruelle en a donné la première observation.

Barié n'a relevé aucun cas de tuberculose du système nerveux central. Il nous a été permis de constater chez un malade, dont on trouvera plus loin l'observation, un tubercule qui occupait la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et qui avait donné lieu à des crises d'épilepsie jacksonnienne.

Lésions accessoires. — Barié a relevé au cours de ses autopsies de tuberculeux séniles un certain nombre d'altérations anatomiques qu'il décrit méthodiquement. La plupart paraissent dues à de simples coïncidences, elles existent chez bien des vieillards qui ne sont pas tuberculeux. On constate cependant chez les tuberculeux séniles des modifications particulières des principaux organes qui portent à la fois l'empreinte du processus scléreux sénile et de la dénutrition de la tuberculose. Il est de règle que le foie présente des lésions de dégénérescence graisseuse, mais il n'atteint pas ces dimensions exagérées qui caractérisent le foie gras tuberculeux; il est traversé de tractus fibreux qui

ont limité son hypertrophie. Ce sont des altérations analogues que l'on constate à la coupe des reins; ils sont tantôt petits, scléreux, congestionnés, tantôt graisseux et rétractés. Les capsules surrénales présentent une sclérose presque constante, c'est là une des causes de la pigmentation, de l'addisonisme si fréquent chez les vieux tuberculeux. Le cœur enfin n'a presque jamais cette atrophie que l'on considère comme si commune chez les tuberculeux, il s'est hypertrophié avec l'âge. La gêne de l'hématose et secondairement l'hypertension constante de l'artère pulmonaire ont retenti sur le cœur droit, le ventricule est dilaté et la valvule tricuspide insuffisante.

Il faut enfin signaler le rhumatisme tuberculeux de Poncet que l'on rencontre aussi dans la vieillesse.

On ne peut terminer ce court aperçu anatomo-pathologique sans quelques considérations sur l'état du sang et des urines.

L'examen du sang offre peu de particularités. L'hématologie, dont quelques auteurs auraient voulu faire une méthode de diagnostic universelle, ne peut donner des résultats que dans les affections qui intéressent directement le sang ou qui impriment à l'organisme des modifications profondes. C'est pour cela qu'elle est précieuse dans l'étude et pour la différenciation des anémies, des affections aiguës et des supurations. Dans la tuberculose ses indications sont peu appréciables; elles sont surtout à peu près nulles dans les formes séniles, où les lésions sont localisées et retentissent peu sur l'organisme.

La masse totale du sang paraît pourtant diminuée dans la phthisie sénile; d'abord à cause de l'âge, qui détermine une dénutrition générale, un état de *meiopraxie* de tout l'organisme caractérisé par cet *habitus corporis strictus* dont parle Charcot, et ensuite, d'après Grawitz et Rolina, par l'action

lymphogène des toxines tuberculeuses qui aurait pour résultat de refouler le sang dans les tissus.

Le volume du sédiment que laisse le sang après centrifugation et qui est de 50 % à l'état normal, nous a paru légèrement diminué. En effet, si la tuberculose pulmonaire peut abaisser la proportion du sédiment à 10 %, l'emphyseme par contre, l'augmente sensiblement, ces deux facteurs équilibrent leurs effets dans les tuberculoses scléreuses des vieillards.

L'alcalinité du sang, étudiée par Berend et Preisich aux différents âges, diminue dans la vieillesse. Ce serait pour Canter une condition défavorable à l'invasion du bacille de Koch. Dans la pré-tuberculose, l'hémo-alcalinité est, en effet, très accusée, elle ne décroît qu'à la période terminale de la maladie.

La recherche des bacilles dans le sang nécessite des méthodes délicates : l'homogénéisation du caillot de Bezançon, Griffon et Philibert, l'inoscopie de Jousset. Leurs résultats sont inconstants dans les formes aiguës et chez l'adulte. Elles n'ont pas été appliquées au vieillard.

L'hémoglobine, dont la proportion ne s'éloigne pas chez le vieillard du taux physiologique de 14 %, diminuerait légèrement dans les cas de tuberculose.

La réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus vivants, telle qu'on peut l'étudier par la méthode de Hénocque, augmenterait d'après Bezançon et Labbé, dès la période d'invasion de la tuberculose et serait diversement influencée par les phases d'amélioration et d'aggravation. Il serait donc peut-être intéressant de suivre l'activité de réduction dans les formes séniles de la bacillose.

La résistance globulaire, d'après Chanel, Viola et Obici, diminue chez le vieillard; la tuberculose pulmonaire l'amoin-drit aussi.

Le nombre des globules rouges chez les vieillards est le même que chez les adultes (Duperré et Cadet) ou légèrement inférieur (Sörensen). Le chiffre moyen qu'obtiennent Parisot et Jeandelise est de 4 300,000 hématies. On s'attendrait à trouver ce nombre augmenté dans la phtisie fibreuse des vieillards, où la présence des îlots de sclérose et l'emphysème entravent l'hématose. Il n'en est rien. Les numérations de Barié, celles de Bezançon, n'ont jamais dépassé cinq millions d'hématies. Cette particularité trouve sa raison dans la dénutrition et l'anémie qui accompagnent la tuberculose sénile et qui empêchent ainsi la production de l'hyperglobulie.

La différenciation des globules blancs et leur numération donnent, dans la tuberculose pulmonaire sénile, des résultats qui diffèrent peu des proportions normales. Il n'existe d'ailleurs pas de formule leucocytaire caractéristique ni pour la vieillesse, ni pour la tuberculose, les recherches de Pavillard sur la leucocytose de la tuberculose sont remarquables par l'indécision qui se dégage d'un grand nombre d'examen.

L'hématologie ne peut fournir aucune formule caractéristique, aucun élément précis qui puisse intervenir sérieusement dans l'établissement du diagnostic.

L'étude de la tension artérielle qui n'a donné à Barié que des résultats inconstants offrirait peut-être plus d'intérêt, elle mériterait d'être reprise.

L'examen des urines dont Michel a donné une étude très complète, d'après les travaux d'Albert Robin, indique une dénutrition prononcée, mais cependant proportionnellement moins accusée que chez les tuberculeux adultes.

La polyurie des tuberculeux est moins fréquente chez le vieillard. Michel en signale deux cas sur vingt-cinq observations.

La phosphaturie est aussi moins fréquente et son taux moins élevé, elle ne saurait donc être un élément de diagnostic.

Le chiffre des matériaux fixes est abaissé, il atteint à peine 26 grammes par 24 heures.

Le rapport des matériaux inorganiques aux matériaux solides ou coefficient de déminéralisation dépasse au contraire 45 % alors que la proportion normale est de 30 %.

L'urée atteint à peine 8 grammes.

Barié signale l'augmentation de l'élimination des chlorures, ce résultat, conforme à ce que l'on constate chez l'adulte, ne concorde pas avec les chiffres inférieurs à la normale de Robin.

L'albuminurie existe enfin souvent au cours de la tuberculose sénile, mais c'est le plus fréquemment un élément surajouté, dû à la sclérose rénale concomitante.

En-résumé, les principaux caractères qui différencient au point de vue anatomo-pathologique la tuberculose pulmonaire des vieillards de celle des adultes, sont la présence presque constante de l'emphysème pulmonaire, la prédominance des formes fibreuses, le peu de tendance à l'extension. Les lésions restent généralement limitées au poumon, elles n'envahissent que très rarement l'organisme. Elles coexistent souvent avec des signes de bronchite et même avec la dilatation des bronches, particularités qui égarent le diagnostic.

CHAPITRE V

Formes cliniques

Il est impossible de donner une description d'ensemble de la tuberculose pulmonaire sénile. Non pas qu'elle ne présente ces symptômes généraux caractéristiques qui font l'unité de la bacillose, mais les lésions très spéciales et très diverses qui lui sont propres, s'accompagnent de signes si particuliers, que l'on doit, pour être précis, distinguer chez le vieillard comme on le fait chez l'adulte, un certain nombre de formes cliniques. Il est inutile d'ailleurs de les multiplier, il suffit qu'elles correspondent aux variétés qu'a fixées l'anatomie pathologique. On doit donc décrire des formes chroniques : la phtisie fibreuse de Bard, la tuberculose ulcéreuse chronique, la tuberculose catarrhale, les bacilloses latente, pleurétique, hémoptoïque et des formes aiguës qui comprennent la pneumonie caséuse, la granulie à allure infectante (typhique, broncho-pneumonique, cérébrale, cardiaque ou mentale) et des formes latentes.

Tuberculose fibro - emphysémateuse. — La phtisie fibreuse est la phtisie de la vieillesse; les adultes chez qui on peut la rencontrer présentent toujours de l'emphysème et de la sclérose, et, font pour ainsi dire de la sénilité précoce de leurs poumons. Les symptômes hybrides qu'elle détermine tiennent à la fois de l'emphysème et de la tubercu-

lose, et il est presque téméraire de les exposer après Hirtz, Bard et Potain.

Souvent on se trouve en présence d'un de ces vieux malades qui toussent et crachent depuis longtemps; la nuit, ils ont des accès de suffocation qu'ils appellent de l'asthme, ils n'ont pas de fièvre, sont maigres et sans appétit, mais digèrent suffisamment, et comme leur maladie est déjà ancienne, comme on relève d'autre part des signes de sclérose artérielle et rénale, et comme ils ne demandent pas à être examinés, on pose sans les ausculter le diagnostic commode d'emphysème pulmonaire. La marche de l'affection paraît d'ailleurs le contrôler: après une période plus ou moins longue, ils s'œdématisent et meurent en asystolie. Le cas paraît banal: emphysème pulmonaire, dilatation du cœur droit, asystolie; à l'autopsie, on est surpris des lésions que l'on découvre et l'on doit convenir que ces catarrheux étaient tout simplement des bacillaires. Si ce malade avait été examiné de plus près, on aurait pu remarquer, à côté des signes de l'emphysème, les stigmates de la tuberculose. La dépression des creux sus et sous-claviculaires tranche sur la dilatation de la partie inférieure du thorax. A la percussion, au milieu du tympanisme clair et profond de l'emphysème le doigt perçoit une résistance anormale. Si cette submatité siège au sommet, le diagnostic s'impose. A l'auscultation enfin, dans l'intervalle des rafales de râles sibilants et ronflants, on entend çà et là, avec l'inspiration humée et l'expiration prolongée, quelques craquements secs, une bouffée de râles humides, parfois un gargouillement cavernuleux à timbre voilé. Si la lésion siège à droite et en avant, on pourra encore percevoir jusque sous la clavicule les bruits du cœur, propagés par l'induration du tissu pulmonaire. Les anciens cliniciens avaient saisi toute la difficulté qu'il y a à reconnaître l'association de la tuberculose et de l'emphysème et à établir la part qui revient à

chacun d'eux dans la dissémination des signes physiques, si bien que Geist établissait plutôt son diagnostic par l'ensemble des symptômes que par l'auscultation et la percussion. Cela est vrai dans certains cas et la liste est longue des formes latentes que l'on ne reconnaît qu'à l'autopsie ; cependant il existe presque toujours des signes positifs. La recherche en est laborieuse, mais ils n'échappent pas à un examen complet et méthodique

En somme : association de la tuberculose et de l'emphyse avec prédominance tantôt de l'une, tantôt de l'autre, début insidieux, évolution lente, terminaison par des complications pulmonaires ou par l'asystolie secondaire à la dilatation du cœur droit, tels sont les caractères de la phtisie fibreuse. Par son état général, par l'absence des sueurs et de la fièvre hectique, par la dyspnée qui l'accompagne, elle ressemble plus à la bronchite emphysémateuse qu'à la phtisie. Les hémoptysies y sont fréquentes, elles sont favorisées par les altérations des artérioles, l'état des alvéoles pulmonaires qui ne les soutiennent plus, et par l'hypertension de la circulation pulmonaire qu'entretient la sclérose rénale si fréquente dans la vieillesse.

Tuberculose à forme ulcéreuse chronique. — Cette variété clinique diffère peu de la phtisie ulcéreuse commune de l'adulte ; elle passe, comme elle, par les stades d'infiltration et de ramollissement pour aboutir à la formation des cavernes. La marche en est cependant plus lente, les lésions paraissent plus limitées et les symptômes généraux moins accusés. Moureton, Michel, Weil, ont insisté sur cette dernière particularité. Il est vrai que la tuberculose ne détermine plus chez le vieillard de réactions violentes, la pleurodynie existe rarement, la fièvre est peu élevée, la dyspnée modérée, les sueurs nulles. Les traits du visage, que l'âge a déjà

modifiés, ne peuvent offrir cette pâleur et cette expression propres au phthisique jeune. Mais tout ce que l'on a pu dire au sujet de la toux qui serait moins fréquente, de l'expectoration qui serait supprimée, par analogie à ce qui se passe dans la pneumonie où les vieillards, comme les enfants, déglutissent leurs crachats, et de l'hémoptysie qui serait plus rare, paraît exagéré. Lorsque la tuberculose revêt chez le vieillard cette forme, les signes d'auscultation sont indiscutables et s'accompagnent toujours de symptômes généraux. Ces malades d'ailleurs évoluent et meurent en phthisiques.

Forme bronchitique ou catarrhale. — Moins fréquente que les précédentes, la forme bronchitique est celle dont la nature tuberculeuse est le plus facilement méconnue. On pourra encore la diagnostiquer lorsque le catarrhe est secondaire et qu'il existe des signes nets d'induration des sommets. Mais le plus souvent les lésions pulmonaires sont telles que la percussion est normale, que l'auscultation ne révèle que des râles sonores à grosses bulles, plus abondants dans la partie moyenne du thorax qu'au sommet. Les crachats sont fétides, d'une coloration jaune verdâtre, ils n'ont pas cette forme nummulaire à laquelle les anciens médecins attachaient une si grande importance. Si l'on y joint des signes réels de dilatation bronchique, on comprend que le diagnostic ne puisse être établi qu'à l'aide des procédés de laboratoire. La symptomatologie est, en effet, celle de la bronchite simple ou catarrhe muqueux de Laënnec. Son évolution est lente, elle entraîne la mort soit par cachexie, soit par le fait d'une affection aiguë surajoutée.

Forme pleurétique. — D'après Landouzy la pleurésie séro fibrineuse est rare chez le vieillard, son début est insidieux, elle provoque peu de réaction et, souvent mécon-

nue, entraîne la mort subite par l'entrave que l'épanchement apporte au fonctionnement du poumon et du cœur. Les pleurésies secondaires dues à l'irritation de la plèvre par la propagation des tubercules du poumon sont plus fréquentes et l'on constate non seulement la pleurésie sèche avec ses adhérences, qui appartient à la symptomatologie de la phtisie fibreuse, mais aussi l'épanchement pleurétique. Celui-ci accompagne des lésions pulmonaires et pleurales qui modifient par leur présence les signes classiques de l'auscultation. Cette particularité, que bien des praticiens avaient remarquée, a été signalée pour la première fois par Halipré et contrôlée par Courtois-Suffit ; elle est d'ailleurs indiscutable. Le poumon est, en effet, presque toujours atteint de phtisie fibreuse ; il est donc induré et adhère au thorax, au moins à son sommet. Il en résulte que, malgré la présence de liquide dans la plèvre, le son trouve un milieu conducteur suffisant pour le propager au thorax, les vibrations thoraciques et le murmure vésiculaire sont donc conservés. Le diagnostic sera établi par la percussion, l'auscultation de la voix et la recherche minutieuse des signes accessoires (déformations du thorax, déviation du choc de la pointe du cœur, abaissement du foie). Ces pleurésies secondaires peu graves par elles-mêmes indiquent une marche active de la tuberculose, elles précèdent la cachexie finale.

Le Damany a ajouté aux manifestations pleurales classiques de la tuberculose une pseudo-pleurésie dans laquelle on constate de l'épanchement dans la plèvre sans altérations bacillaires de ses parois. Le liquide proviendrait de l'œdème qui se développe autour des granulations tuberculeuses et aurait filtré à travers le feuillet viscéral. Cette forme paraît être une manifestation de la granulie. On la rencontre peu chez le vieillard.

Forme hémoptoïque. — Les auteurs qui ont décrit une variété hémoptoïque de la tuberculose sénile ont voulu montrer que, contrairement à la loi générale de Trousseau, les hémoptysies peuvent se produire après 45 ou 50 ans sans être sous la dépendance d'une affection du cœur. Les exceptions que Trousseau admettait sont maintenant la règle : les hémoptysies existent chez le tuberculeux sénile comme chez l'adulte. On constate moins dans la vieillesse ces hémoptysies subites qui viennent révéler la phymie latente au milieu du calme trompeur d'une santé qui paraît bonne, mais l'hémorragie pulmonaire trouve dans les formes fibro-emphysémateuses et ulcéreuses des conditions favorables à sa production. D'après Rueff, elle n'est pas l'indice d'une évolution tuberculeuse plus rapide, elle témoigne simplement des altérations des vaisseaux. Il ne faut cependant pas la considérer comme un accident sans gravité : contrairement à l'opinion de Day et de Jardin, l'hémoptysie, qui coïncide le plus souvent avec la présence de cavernes pulmonaires, entraîne un pronostic sérieux ; comme chez l'adulte, elle est dangereuse par son abondance, sa durée et sa répétition. Elle affaiblit toujours le malade et peut amener une mort foudroyante

Formes latentes. — Par leur fréquence et par leur singularité, les formes latentes ou occultes méritent une place spéciale dans la description de la tuberculose pulmonaire sénile. On amène souvent à l'hôpital, dans les grandes villes surtout, ces vieillards que l'on a recueillis épuisés sur la voie publique. Ils ne présentent aucune affection aiguë, mais la misère a imprimé ses stigmates sur leur corps ; leur amaigrissement, la pigmentation bronzée de leurs téguments, l'état d'asthénie qui les accable, correspondent au syndrome de l'addisonnisme tel que l'a décrit Boinet. Ils restent dans leur lit sans se plaindre, sans avoir même la force de remuer ;

le seul symptôme que l'on constate est une diarrhée continue, profuse, incoercible. Prévenu par l'expérience, on recherche avec soin les signes de tuberculose, on les ausculte ; mais la respiration est si superficielle, si faible, que l'on n'entend souvent aucun son ; on les percute, mais leur thorax amaigri résonne également des deux côtés. On se rabat alors sur le diagnostic de pis-aller de misère physiologique et l'on attend : la mort survient peu de temps après, quel que soit le traitement. A l'autopsie, on constate, en même temps que des ulcérations cæcales qui entretenaient la diarrhée, des cavernes volumineuses, mais vides et sans exsudat. Et cependant, ces excavations ne déterminaient aucun signe physique. On peut bien admettre une erreur d'auscultation, mais lorsque cette erreur se reproduit, lorsqu'elle est constatée par des observateurs tels que Barié, Michel, Grancher, Vulpian, on est obligé de convenir qu'il doit exister des conditions spéciales qui modifient l'acoustique. Les particularités qui rendent les cavernes muettes ont été précisées par Grancher : il faut que les mouvements du thorax soient faibles et que l'excavation volumineuse contienne peu de liquide. Chez ces malades épuisés, atteints d'une diarrhée profuse, il se produit une sorte d'hydrémie comparable à celle des cholériques ; les sécrétions pulmonaires sont taries et les cavernes restent sèches ; si on considère en outre, l'état de faiblesse extrême de ces malades qui respirent à peine, on comprend l'absence des signes d'auscultation. Le même fait s'observe aussi chez les adultes qui sont atteints à la fois d'entérite bacillaire et de tuberculose ulcéreuse du poumon. Le flux diarrhéique atténue les signes pulmonaires au point que l'on arrive à se demander si des excavations que l'on avait constatées n'ont pas disparu.

Formes aiguës. — La tuberculose pulmonaire aiguë

existe aussi chez le vieillard, et Moureton a eu le grand mérite d'être le premier à le prouver. Elle peut survenir brusquement chez des malades qui ne présentaient aucune manifestation antérieure de la tuberculose, mais elle peut se déclarer aussi au cours d'une phthisie fibreuse dont elle précipite l'évolution ; ce dernier mode est le plus commun. Dans ce cas, un simple refroidissement, une atteinte de grippe, amènent une éruption de tubercules qui entraîne la mort en quelques jours, et à l'autopsie on constate, conformément à la loi de Bühl, à côté des tubercules récents, la présence de lésions anciennes.

Quelle que soit son origine, la granulie détermine, au point de vue clinique, trois grands syndrômes principaux :

Le premier est celui de la granulie latente, ses caractères sont semblables à ceux que l'on observe à la période terminale de la forme occulte qui a été décrite plus haut, mais son évolution est encore plus rapide, et l'on ne constate à l'autopsie qu'un semis de granulations récentes. Lorsqu'elle survient chez des néoplasiques, on attribue à la cachexie cancéreuse l'état de marasme qu'elle détermine, on ne la reconnaît qu'après la mort. L'épanchement pleurétique est, en outre, fréquent dans cette forme.

Dans un second syndrôme, la granulie évolue comme une pneumonie. Elle se déclare insidieusement, mais la pneumonie ne présente plus chez le vieillard ce début solennel avec frisson et pleurodynie. Elle ne s'accompagne pas d'expectoration, mais le vieillard est si vite prostré et n'a plus alors la force de vider ses bronches. On relève enfin des signes d'hépatisation si manifestes, que l'incertitude subsiste pendant tout le cours de la maladie. La différenciation n'est faite qu'à l'autopsie.

Enfin, dans une dernière série, on peut réunir tous les cas où la granulie revêt une allure suraiguë et simule tous

les états infectieux. Elle affecte la forme de la fièvre typhoïde, celle de la spléno pneumonie de Grancher, enfin le syndrome de la broncho-pneumonie. La mort en est la terminaison obligée. Elle est précédée quelquefois de troubles cérébraux ou de symptômes cardiaques dont on a fait encore des formes cliniques particulières. Ces formes aiguës s'observent peu en dehors de l'hôpital ; mais, à cause même de leur rareté, il est utile de les décrire et de les connaître, afin que, loin d'éliminer systématiquement la tuberculose, on y songe au contraire toutes les fois que l'on observe chez le vieillard des symptômes dont la nature paraît douteuse.

CHAPITRE VI

Marche et Pronostic

La tuberculose pulmonaire n'évolue plus chez le vieillard comme chez l'enfant et chez l'adulte. Chez l'enfant, la bacillose est envahissante et les localisations pulmonaires ne sont qu'une étape de sa généralisation à tous les organes. Chez le vieillard, au contraire, la tuberculose reste limitée aux poumons. Elle peut bien présenter une marche aiguë et revêtir la forme ulcéreuse, mais ce sont là des exceptions que l'on rencontre surtout à l'Hôpital ; la forme typique de la tuberculose sénile est la phthisie fibreuse, et l'on sait combien elle est torpide et lente à progresser. Lorsqu'on interroge un vieillard chez lequel on en a relevé les signes, on apprend qu'il tousse déjà depuis longtemps, qu'il s'enrhume chroniquement tous les hivers, qu'il a même craché du sang plusieurs années auparavant, et si, impressionné par la constatation de la tuberculose on entrevoit un pronostic sévère, on est tout surpris de revoir, plusieurs années après, ces malades dans le même état. Sans vivre, en effet, comme ce chirurgien dont parlait Peter qui, reconnu tuberculeux à 40 ans par Andral, Chomel et Louis, qui déploraient déjà entre eux sa fin prochaine, mourut à 92 ans sans avoir cessé de tousser, les tuberculeux séniles, surtout ceux dont le diagnostic ne s'impose pas, tolèrent longtemps leurs lésions. C'était à ce point de vue

que se plaçait Fonssagrives et sa remarque était certainement très juste. Si l'on considère, en effet, comme l'a dit Potain, que la bronchite simple est chronique et définitive chez le vieillard, qu'elle l'expose non seulement à l'infection bronchique ascendante, mais qu'elle crée chez lui une insuffisance d'activité fonctionnelle qui est une condition d'aggravation pour toute maladie intercurrente, on conçoit qu'un vieillard atteint de bronchite chronique est presque aussi menacé que s'il était tuberculeux.

Quant à la durée elle-même de la phtisie fibreuse, elle est soumise à tant de coefficients personnels, tant de complications peuvent survenir et l'écourter, qu'on ne saurait la préciser. Le chiffre de douze mois que Louis avait fixé à la suite de l'examen de onze tuberculeux âgés de plus de 60 ans, ne peut être accepté. La mort peut survenir brusquement à la suite d'une bronchite, elle peut être provoquée par une maladie surajoutée, telle que la grippe ou la pneumonie ; mais elle arrive le plus souvent après une période de cachexie lente et progressive ou à la suite d'accidents cardiaques, de l'asystolie qu'entraîne la dilatation du cœur droit. Elle est presque toujours précédée d'une diarrhée profuse qui précipite l'agonie.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sénile présente de grandes difficultés. Parmi elles, il en est qui tiennent aux idées préconçues de bien des médecins. Lorsqu'ils examinent un vieillard, ils éliminent à priori la tuberculose, pensant toujours qu'elle est très rare, tandis que la bronchite chronique et emphysémateuse est inhérente à la vieillesse. Mais il en est d'autres aussi qui sont provoquées par la nature de ses manifestations. Les bacilloles latentes que l'on découvre à l'autopsie ne déterminent, le plus souvent, ni toux, ni expectoration, et si elles accompagnent des affections connues qui paraissent suivre leur évolution normale, il est impossible de les reconnaître; c'est à peine si on peut les soupçonner. Il en est souvent de même des formes aiguës.

Par contre, la tuberculose ulcéreuse s'impose, même chez le vieillard, par la netteté de ses symptômes. Il est nécessaire, il est vrai, de les rechercher plus soigneusement que chez l'adulte : le murmure vésiculaire est souvent si faible que les râles de ramollissement n'apparaissent qu'après la toux et il peut être délicat de les interpréter à un premier examen. S'ils siègent au sommet, il faudra envisager la possibilité d'un foyer de pneumonie en voie de résolution; si on les constate à la base, on devra discuter la présence d'une broncheectasie. Une seconde auscultation, un examen bactériologique, dissiperont les doutes.

La phtisie fibreuse est d'un diagnostic difficile : la présence de l'emphysème, l'intensité de la dyspnée, l'allure générale de la maladie, les troubles cardiaques qui peuvent entraîner la mort, répondent peu à la conception classique de la phymie, et il faut une connaissance exacte de cette forme pour la distinguer. Il ne faut pas oublier surtout que l'emphysème n'est qu'une simple lésion anatomique, qu'il peut être sous la dépendance directe de la tuberculose ; si l'on note donc de la matité au sommet, si minime qu'elle soit, quelques craquements humides même discrets, la nature bacillaire de l'affection est prouvée. Monnier a montré aussi que la phtisie fibreuse pouvait se manifester par de simples râles de congestion comme dans les basites expectorantes de Faisans. Elle peut coexister aussi chez les albuminuriques et former une épine autour de laquelle se produiront des poussées d'œdème aigu du poumon. Ces formes-là sont rares, leur diagnostic se base sur la persistance des signes d'auscultation et surtout sur la présence du bacille de Koch dans les crachats. Par contre, le cancer du poumon peut simuler la phtisie fibreuse, surtout s'il est secondaire à un néoplasme latent du tube digestif ou de l'utérus ; il s'accompagne bien, il est vrai, d'adénopathies et d'une expectoration caractéristique, mais ces particularités peuvent passer inaperçues, et Potain signale cette erreur de diagnostic comme fréquente.

Lorsque les symptômes qui prédominent sont ceux de la bronchite catarrhale, il est nécessaire, avant de recourir à l'épreuve bactériologique, de procéder à un examen minutieux de malade. Si l'on constate à un sommet des traces d'induration, si l'état général paraît altéré, la tuberculose est en cause.

Le diagnostic différentiel le plus ardu est celui de la bronchectasie. Laënnec et Trousseau le redoutaient et Jaccoud affirmait

dans ses cliniques, qu'il est « l'un des plus difficiles de la pathologie des organes respiratoires ». Lorsque l'on perçoit donc en auscultant la partie inférieure ou moyenne du thorax un souffle à timbre caverneux, on doit toujours se demander s'il existe vraiment une dilatation des bronches, et, si elle existe, si elle n'accompagne pas des lésions tuberculeuses. La bronchectasie véritable est, en effet, peu fréquente à l'autopsie; le plus souvent les symptômes que l'on avait constatés pendant la vie et qui paraissaient caractéristiques sont dus à une simple caverne, dont le siège est anormal. Il n'existe aucun signe pathognomonique qui différencie ces deux lésions: ni l'âge, ni le siège, ni les hémoptysies, ni les symptômes locaux n'entraînent la certitude. La marche de la maladie et l'état général n'ont pas une valeur plus grande. L'examen bactériologique seul, quand il est positif, peut trancher le débat. Et lorsqu'il existe vraiment une dilatation des bronches, on observe toujours aussi des lésions scléreuses du poumon et de la plèvre et parmi elles la phtisie fibreuse est des plus fréquentes. Grancher a d'ailleurs étudié les rapports qui existent entre la dilatation des bronches et la tuberculose. On peut les grouper ainsi : « 1° la bronchectasie apparaît au » cours d'une tuberculose en évolution manifeste, soit dans » la phtisie fibreuse, soit dans la phtisie ulcéreuse banale. » Dans le premier cas, la bronchectasie se crée une indivi- » dualité; dans le deuxième ce n'est qu'une phase de l'évo- » lution caséuse qui aboutit à la formation d'une caverne ; » 2° la bronchectasie d'une tuberculose éteinte dont on peut » trouver des stigmates; 3° la tuberculose vient se greffer » sur la paroi bronchique dilatée. »

La dilatation des bronches, comme l'emphysème, n'a pas d'autre signification que celle d'une simple altération anatomique : elle peut être indépendante de la tuberculose, mais elle peut en constituer aussi une modalité ; la constatation

de sa présence n'infirmes en rien le diagnostic de bacillose, et l'on doit, avant de se prononcer sur sa nature, demander le contrôle des méthodes de laboratoire.

L'origine des hémoptysies qui surviennent au cours de la vieillesse doit être aussi discutée avec soin. Nous avons vu que Trousseau prétendait qu'après 50 ans, l'hémoptysie n'est plus habituellement le signe de la phtisie pulmonaire, mais d'une affection du cœur, quel que soit l'aspect des crachats. L'expectoration de l'apoplexie pulmonaire est cependant caractéristique : son apparition est précédée de crises d'étouffement qui surviennent au cours d'une affection cardiaque le plus souvent connue ; elle se compose de crachats foncés, visqueux, noirâtres qui, peu abondants, disparaissent au bout de quelques jours. Si le sang est vif, vermeil, spumeux, la cause la plus probable de l'hémorragie pulmonaire est, à tous les âges, la tuberculose. Nous savons, en effet, que celle-ci peut affecter, chez le vieillard comme chez l'adulte, la forme ulcéreuse et qu'elle peut entraîner la rupture des anévrysmes de Rasmussen. Et dans la phtisie fibreuse, malgré le peu de réaction locale, les altérations vasculaires et l'hypertension pulmonaire, favorisées par la sclérose, entraînent l'hémoptysie. On devra donc rechercher toujours la tuberculose, si âgé que soit le malade ; un interrogatoire patient, un examen sérieux, permettront de la découvrir. Quant à la rupture d'un anévrysme miliaire ou d'une veine variqueuse des bronches, ce n'est que par élimination qu'on peut les admettre.

Les mêmes hésitations entourent le diagnostic de la forme pleurale ; la pleurésie, qui est bien, selon l'expression d'Hali-pré, une maladie à surprises, reste souvent latente chez le vieillard. Les signes fonctionnels sont peu marqués ; le malade n'accuse qu'une dyspnée légère, un sentiment de malaise vague et de la toux. Le point de côté n'existe pas, l'épanche-

ment est peu abondant, quelquefois même bilatéral, ne supprimant ni les vibrations thoraciques, ni le murmure vésiculaire. La présence du liquide reconnue, il reste à en préciser et la nature et l'origine. C'était là autrefois la plus grande difficulté et pour le médecin une occasion de faire preuve de sens clinique ; maintenant, grâce au cyto-diagnostic de Widal et Ravaut, la différenciation des pleurésies se fait sans peine. Si l'on trouve dans le liquide pleurétique, après défibrination, centrifugation, étalement, fixation et coloration, une prédominance de lymphocytes, il s'agit sans doute d'une pleuro-tuberculose primaire. Si la pleuro-tuberculose est secondaire, — et c'est là la forme la plus fréquente chez le vieillard, — on ne trouve que des éléments altérés et peu nombreux : hématies déformées, polynucléaires dont le noyau est atteint de pyénose. Les épanchements des cardiaques et des brightiques sont caractérisés par des placards de cellules endothéliales détachées de la paroi, ceux des cancéreux par la présence de cellules néoplasiques.

Toutes les fois d'ailleurs que le diagnostic reste douteux, on aura recours à des procédés accessoires, dont les uns, comme l'épreuve de la tuberculine et la radioscopie, sont encore du domaine de la clinique, tandis que les autres, plus précis mais plus délicats, ressortissent au laboratoire. Aucun d'eux n'est infaillible et leurs résultats doivent être interprétés comme les signes cliniques ; mais on peut, en les comparant, arriver à une connaissance exacte de ce qui est.

Le plus important de ces procédés est la recherche du bacille de Koch. Malgré les opinions nouvelles que l'on voit surgir au sujet du saprophytisme du bacille acido-résistant, le premier terme de l'axiome de Frœntzel et Balmer : « Quand on trouve des bacilles de Koch dans les crachats,

» il y a tuberculose », doit être considéré comme rigoureusement vrai. Mais si la présence des bacilles impose le diagnostic, leur absence ne suffit pas à permettre d'éliminer la tuberculose. Comme l'a précisé Lichteim, « la présence » des bacilles est liée à la destruction ulcéreuse du poumon » et à la communication du foyer tuberculeux avec les » bronches. Quand ces conditions font défaut, il n'y a pas » de bacilles dans les crachats ». Dans la phtisie fibreuse, les lésions sont isolées les unes des autres et enkystées; il se produit des périodes pendant lesquelles on ne trouve pas des bacilles dans les crachats; un tubercule se vide dans une bronche et les bacilles pullulent dans l'expectoration. Ceci explique les résultats très différents qu'on peut obtenir en examinant les échantillons successifs des crachats d'un même malade. On ne doit donc jamais conclure à la hâte après un seul examen et il faut procéder, en cas d'insuccès, à des préparations nombreuses et répétées. Dans les formes catarrhales, les bronches sont encombrées d'une sécrétion muco-purulente qui dilue l'exsudat pulmonaire; sa richesse en globules de pus, en déchets cellulaires et en fibrine, la coexistence d'une flore microbienne complexe, arrivent à masquer la présence du bacille de Koch et, pour le déceler, il est utile d'employer soit l'homogénéisation par le suc gastrique artificiel, soit l'inopexie de Jousset. On usera de ces procédés en cas d'hémoptysie où les bacilles sont en nombre proportionnellement inverse à la quantité de sang expectoré.

Parallèlement à l'examen des crachats, il est bon de savoir recourir à d'autres moyens de diagnostic. Parmi ceux-ci, il en est encore deux qui appartiennent à la clinique: la radioscopie qui révèle les indurations du tissu pulmonaire, et l'épreuve de la tuberculine. La radioscopie, dont l'emploi se vulgarise rapidement, est d'une observation facile.

Béclère et Hennecart ont fait ressortir, au dernier Congrès de la tuberculose, toutes les indications que l'on peut en attendre. C'est ainsi que Béclère a pu relever, chez plusieurs centaines d'emphysémateux, des signes constants d'une tuberculose occulte. Quant à l'épreuve de la tuberculine, elle est caractéristique et les vétérinaires l'emploient couramment; mais en France, il répugne encore aux médecins de l'employer chez l'homme.

Lorsqu'on désire des renseignements plus précis, on doit recourir aux procédés de laboratoire. Parmi eux il en est qui demandent des manipulations longues et minutieuses, des préparations nombreuses qu'il n'est pas toujours facile d'interpréter. Elles n'ont donc pas encore de portée pratique. Le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont, que Froment a étudié tout spécialement chez le vieillard, la bactérioscopie directe ou indirecte du sang, sont de ce nombre. Les seuls procédés qui donnent des résultats précis sont la culture sur sang gélosé et l'inoculation au cobaye soit dans le péritoine, par le procédé classique, soit dans la mamelle de la femelle en lactation, comme le préconise Nattan-Larrier.

La simple énumération de ces méthodes d'investigation montre, mieux que de longs commentaires, les difficultés que rencontre le diagnostic de la tuberculose. Chez le vieillard surtout, où ses symptômes sont hybrides, où son évolution torpide et lente n'entrave pas l'exercice d'une certaine activité, la bacilliose se dissimule sous des appellations plus rassurantes et le pseudo-catarrheux, qui ne se considère pas assez malade pour voir le médecin, vague à ses affaires, vit de la vie sociale, dissémine ses bacilles à tous les vents. Pour lui-même, l'ignorance de son état n'a pas une grande importance, dans certains milieux, c'est même un bienfait. La thérapeutique qu'il suivrait n'aurait qu'une action très relative, et quel prétexte pour l'égoïsme de certains enfants qui

acceptent si mal les devoirs d'assistance qui leur incombent, s'ils pouvaient invoquer pour excuse que le vieillard cataractueux et quinquagénaire qu'ils gardent à leur foyer, est tuberculeux et, partant, dangereux. Ce danger existe, mais il est du devoir du médecin de le connaître et d'y parer.

CHAPITRE VIII

Dangers et Prophylaxie

La tuberculose pulmonaire sénile, on ne saurait trop le dire, est une affection méconnue : des malades qui, comme tous les hommes, vivent d'illusions et ignorent toujours leur état ; des médecins, que l'on néglige souvent de consulter et qui n'attachent pas assez d'importance à l'auscultation des vieillards. Il en résulte que cette variété de bacillose, comme les phthisies florides, comme toutes les formes lentes et occultes, est un danger continuel de contamination. Ces malades, encore valides, vont partout, ne prennent aucune précaution. A l'hôpital, ils font de longs séjours dans les salles où leur lit avoisine celui d'un jeune typhique ou d'un pneumonique, et comme leur état ne les condamne pas à l'inaction, ils aident les infirmiers dans leur besogne, font les commissions, vont à la cuisine, portent les carafes de lait ou les aliments. La nuit, quand ils sont couchés, ils expectorent dans leur crachoir, mais dans la journée, ils crachent où ils se trouvent : dans les corridors, que l'on balaye ensuite à sec ; dans les cours, où se promènent les convalescents. Dans les hospices de vieillards, leur situation est semblable ; la voici, d'ailleurs, telle que la décrit dans un rapport officiel un médecin des hôpitaux, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine¹ :

¹ Joseph Arnaud. L'isolement des tuberculeux hospitalisés à Marseille. (*Marseille médical*, 15 juillet 1905.)

« Les vieillards tuberculeux sont nombreux dans les hospices... la contamination y est d'autant plus facile que la plupart de ces vieux, ayant une tuberculose torpide, pro-
» mènent leur pseudo-catarrhe et sèment le bacille partout,
» jusqu'au jour où ils viennent spontanément demander une
» consultation. Le médecin ne peut, en effet, aller recher-
» cher les tuberculeux dans les salles de l'hospice, qui sont
» considérées comme le domicile inviolable des vieillards.»
Ils ne demandent, en effet, à entrer à l'infirmerie, où la discipline est plus sévère, que si leur état s'aggrave et, améliorés, ils retournent à la vie en commun, au dortoir et au réfectoire où, placés à côté d'incurables, ils propagent la bacillose.

En dehors des milieux hospitaliers, le danger n'existe pas seulement pour les familles d'ouvriers qui vivent dans la promiscuité de logements encombrés et malpropres, mais aussi au sein des familles aisées. En voici un exemple que rapportent, d'après Landouzy, Méry et Delille, dans leur article du *Traité des maladies de l'enfance* :

« Dans un jeune ménage, appartenant à un milieu parisien riche et vivant dans d'excellentes conditions hygiéniques, dont le mari et la femme sont d'une superbe santé et l'ascendance absolument vierge de tuberculose, naissent successivement un, deux, trois enfants qui sont successivement emportés vers l'âge de deux ans par la méningite tuberculeuse. Ces enfants, superbes à la naissance, ont été nourris au sein par leur mère et élevés dans les meilleures conditions hygiéniques, à la ville et à la campagne. Dans l'entourage, on ne trouve rien, la bonne d'enfant est parfaitement saine, personne ne tousse et l'on serait prêt à renoncer à découvrir la cause de contamination, lorsqu'on s'avise qu'une vieille domestique, qui a élevé la jeune mère et qu'on a conservée par affection, est atteinte d'un vieux catar-

he et tousse quelquefois. Souvent elle garde les enfants, les place sur ses genoux, les embrasse. On l'ausculte et l'on découvre les signes d'une tuberculose pulmonaire ouverte, indiscutable, on examine les crachats, il y a des bacilles. Depuis, cette vieille femme a été reléguée à la campagne, le jeune couple a eu d'autres enfants qui se sont parfaitement élevés, et on n'a plus observé de cas de méningite dans la famille. »

La tuberculose pulmonaire sénile est donc dangereuse, mais elle ne l'est que si elle reste ignorée du médecin. Celui-ci pourra, sans réclamer des mesures trop rigoureuses, qui pourraient paraître inhumaines, sans déclarer même au malade la nature exacte de son affection, exiger quelques précautions, qui seront d'autant mieux suivies qu'elles paraîtront plus simples et plus rationnelles. Lorsque la séparation ou l'isolement sont impossibles à obtenir, il suffira de quelques conseils à l'entourage, de quelques habitudes de propreté que le vieillard acceptera toujours dans l'intérêt des siens pour éviter la contagion. A côté du bacille, il reste, en effet, le terrain et c'est surtout en améliorant celui-ci, qu'on arrêtera les progrès de la tuberculose.

CHAPITRE IX

Traitement

La thérapeutique de la tuberculose pulmonaire comporte des indications spéciales à la vieillesse. La formule actuellement si répandue de Brœhmer, qui résume les principes de la cure hygiénique, ne peut être appliquée sans modifications aux malades d'un certain âge. Les condamner au repos allongé, à l'aération continue et à la suralimentation, serait les exposer à des complications pulmonaires ou digestives qui précipiteraient la fin de leur existence. Le tuberculeux sénile est, en outre, indocile; il se plie mal aux prescriptions rigoureuses, surtout lorsqu'il s'agit de l'aération continue, qui va à l'encontre de ses idées les plus anciennes. Toute la persévérance du médecin arrivera à peine à obtenir de lui qu'il crache proprement. La suralimentation rencontre aussi des obstacles sérieux chez des malades dont la dentition est imparfaite, les fonctions digestives languissantes, les reins le plus souvent altérés. On surveillera donc spécialement l'alimentation, en prescrivant les mets de digestion facile et riches en substances nutritives, la viande crue ou rôtie, les œufs, le lait, les purées de féculents. On proscrira, par contre, tous les médicaments qui pourraient provoquer ou entretenir des troubles digestifs, l'huile de foie de morue par exemple, mais l'usage judicieux des amers, des préparations phosphatées et surtout de l'arsenic augmentera l'appétit et activera la nutrition.

Potain et Barié ont insisté sur le peu d'utilité de la médication locale, les phénomènes de congestion active étant rares et la révulsion n'ayant aucune action sur la sclérose et le catarrhe.

On opposera enfin à chaque forme clinique des médications appropriées. On évitera l'emploi de l'iodure de potassium, même dans les formes fibreuses où les signes d'emphysème paraissent prédominer, cette substance étant un congestif puissant dont l'usage peut être suivi d'hémoptysies. En cas d'expectoration abondante, la créosote ne doit être administrée que par la voie rectale ; on lui préférera les balsamiques, qui irritent moins le tube digestif, tels que le tolu, la terpine, le benzoate de soude, ou les sulfureux que Potain préconisait dans les cas apyrétiques sous la forme des pilules de Morton. Cette préparation, ainsi que la teinture de scille, à la dose de un ou de deux grammes, peut diluer aussi les crachats trop épais. L'opium enfin, sous toutes les formes et dans toutes les combinaisons joint à la lobélie en cas de dyspnée, aux astringents en cas de diarrhée, sera le médicament le plus employé sinon le plus utile. Et lorsque tout espoir sera perdu, la morphine adoucira encore les dernières douleurs de l'agonie.

OBSERVATIONS

Il nous a paru inutile de rapporter ici toutes les observations de tuberculose pulmonaire sénile qui ont été publiées jusqu'à ce jour. Celles que nous avons réunies ici sont dues à l'obligeance de M. le professeur Boinet, il les a recueillies lui-même dans son service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu et elles ont toutes reçu le contrôle de l'autopsie. On ne saurait donc les discuter.

Formes chroniques

Phtisie fibreuse

OBSERVATION PREMIÈRE (M. Boinet)

Henri V..., 56 ans. Alcoolique, s'enrhume tous les hivers, mais entre dans le service en proie à une dyspnée très vive. A l'examen, il présente des signes d'emphysème, avec de la matité au sommet gauche et des bouffées de râles humides ; il meurt avec des symptômes d'insuffisance cardiaque.

A l'autopsie [415], on constate une sclérose ancienne avec carnification et épaississement pleural considérable du sommet du poumon gauche qui est, en outre, creusé de petites cavernules et infiltré de masses caséuses qui s'étendent jusqu'à la partie moyenne du lobe supérieur. Le poumon droit est recouvert d'une plèvre épaissie avec sillons transversaux correspondant aux côtes ; il est atteint de phtisie fibreuse avec foyers caséux et cavernes grosses comme des grains de raisins et localisées au lobe supérieur. Il existe dans le lobe moyen de petits tubercules caséux sans cavernes. Le cœur droit et l'orifice tricuspide sont dilatés.

OBSERVATION II (M. Boinet)

Pierre C..., 56 ans, meurt après un séjour de quelques semaines à l'Hôtel-Dieu, il toussait déjà depuis longtemps, et, tous les ans, venait prendre ses quartiers d'hiver à l'hôpital. Chez lui, malgré des signes d'emphysème pulmonaire, la tuberculose était évidente, il avait eu d'ailleurs des hémoptysies, et ses crachats contenaient le bacille de Koch.

Autopsie [197]. Le sommet de son poumon droit a contracté des adhérences fortes et anciennes avec la paroi thoracique et présente, à côté de nombreux tubercules calcifiés, une infiltration en masse de tubercules ramollis. Il existe aussi, à la périphérie de ces tubercules anciens, de nombreuses cavernules ayant le volume d'une amande et entourés de tissus fibreux. Le poumon gauche n'offre que quelques tubercules au niveau du hile et du sommet. L'aorte est parsemée de plaques d'athérome. Le foie est atteint de dégénérescence grasseuse; les reins sont petits, scléreux, congestionnés.

OBSERVATION III (M. Boinet)

Florian F..., âgé de 62 ans, entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1902, pour une broncho-pneumonie gauche qui, cliniquement, paraît être de nature tuberculeuse, malgré l'examen négatif des crachats. En janvier 1903, on signale des signes cavitaires très nets. La cachexie fut rapide et le malade mourut le 18 janvier 1903.

A l'autopsie. Le poumon gauche est transformé en un bloc scléreux, il adhère fortement à la cage thoracique au moyen d'une plèvre fort épaissie; on est obligé de le sculpter pour l'enlever. Son sommet est occupé par une caverne grosse comme une orange, à parois fibreuses. Le poumon droit splénisé est recouvert d'une plèvre épaissie et, sur sa coupe, on voit des tubercules jeunes localisés au sommet. L'aorte est athéromateuse et dilatée.

OBSERVATION IV (M. Boinet)

Jules G..., 62 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour un vieux catarrhe qu'il traîne depuis longtemps; lorsqu'il arrive dans le service, il est

exténué; son visage amaigri, son thorax décharné, ses ongles hippocratiques, suffiraient à indiquer l'affection dont il souffre. On constate d'ailleurs de la matité absolue aux deux sommets et l'on perçoit à l'auscultation du côté gauche, un souffle à timbre caverneux qui offense l'oreille; du côté droit, la respiration est diminuée, on sent que l'air pénètre mal. Le malade succombe lentement aux progrès de la cachexie, le 4 mai 1905.

A l'autopsie. Le poumon gauche, recouvert d'une plèvre très épaissie, adhère à la paroi thoracique et au péricarde; il présente, à son sommet, une caverne du volume d'une mandarine, entourée d'une zone de tubercules jeunes. Au-dessous d'elle se trouvent des amas de noyaux caséeux, jaunes grisâtres, non ramollis, parsemés de points noirs anthracosiques. Un de ces blocs caséeux est triangulaire; sa base confine à la scissure; il a 4 centimètres de largeur sur 3 de hauteur. Le poumon droit est très adhérent à la paroi thoracique et recouvert d'une plèvre fortement épaissie. Son sommet, emphysémateux, est le siège d'une sclérose intense qui le transforme en une masse dure, résistante, fibreuse, qui présente, sur la coupe, d'abondants tractus scléreux circonscrivant les bronchioles remplies de pus et de petits tubercules non ramollis, sans cavernes. Le lobe inférieur est parsemé de tubercules disséminés dans un tissu fibreux. Les bronches épaissies, dures, non dilatées, ont sur leur muqueuse une couche de mucosités purulentes. Le ventricule droit du cœur est dilaté et l'orifice tricuspide anormalement élargi. Le foie a un aspect muscade avec dégénérescence graisseuse. Les reins sont rétractés et graisseux. Les capsules surrenales sont scléreuses, petites.

OBSERVATION V (M. Boinet)

Achille T..., 56 ans, arrive agonisant à l'Hôtel-Dieu. Il souffre depuis longtemps d'un vieux catarrhe qui l'a obligé à suspendre tout travail depuis l'hiver dernier. Jusqu'au mois qui a précédé son entrée à l'hôpital, il pouvait se lever; mais depuis, ses forces ont baissé, il tousse et crache continuellement, la nuit il n'a plus de repos, ses jambes sont œdématisées, il reste assis sur son lit en proie à une orthopnée continue. A l'auscultation, on perçoit une pluie de râles sibilants et ronflants avec, du côté gauche, de la matité

et des râles crépitants. Il meurt deux jours après son entrée dans le service.

A l'autopsie [31]. Le poumon gauche, emphysémateux au sommet, est infiltré de tubercules miliaires à la base. Le poumon droit est couvert d'adhérences pleurales fibreuses et étendues. On constate au milieu des tractus fibreux et de l'emphysème, une petite caverne à son sommet. La base est très congestionnée. Il existe des lésions de dégénérescence graisseuse au foie et aux reins.

OBSERVATION VI (M. Boinet)

Claude R..., 59 ans, meurt quelques heures après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

Autopsie [91]. Le sommet du poumon droit est infiltré de gros blocs caséeux et creusé de quelques cavernes. Les lobes moyen et inférieur présentent des lésions fibro emphysémateuses avec amas anthracosiques. Le poumon gauche est recouvert d'une plèvre anciennement épaissie, son sommet est infiltré de tubercules, entourés de tissu fibreux.

OBSERVATION VII (personnelle)

Léonard C..., 63 ans. Salle Aillaud, 27. Alcoolique, a travaillé pendant vingt ans sur les quais au transbordement du blé. C'est une profession insalubre où l'on respire continuellement des poussières, et les ouvriers qui s'y livrent bouchent leur nez avec du coton et respirent avec la bouche, qu'ils garantissent d'un mouchoir. Aussi déclare-t-il avoir toujours toussé et craché. Depuis cinq ans il ressent, en outre, dès qu'il marche un peu vite, une oppression gênante; l'hiver il a de longs rhumes et souvent des accès de suffocation.

Il entre à l'hôpital à la suite d'une hémoptysie. Il est à ce moment amaigri et voûté, la partie inférieure de son thorax est dilatée, les creux sus et sous-claviculaire sont, par contre, déprimés. A l'auscultation, on constate aux deux bases de l'affaiblissement du murmure vésiculaire; on perçoit des craquements humides aux sommets. Après un repos d'un mois dans le service, il meurt dans un accès d'oppression.

A l'autopsie. Emphysème très marqué aux deux bases. Au sommet droit, on constate une petite excavation, le poumon gauche et la partie inférieure du poumon droit sont formés d'un tissu grisâtre, dur, qui crie sous le scalpel, infiltré d'anthracose et de granulations discrètes. Athérome à l'aorte. Reins scléreux, foie gras. Cœur myocarde mou, dilatation énorme du ventricule droit.

OBSERVATION VIII (M. Boinet)

Marie B..., 59 ans, salle Sainte-Elisabeth, 3, entre à l'Hôtel-Dieu pour un catarrhe dont elle souffre depuis longtemps. Elle est très amaigrie, s'alimente à peine, la moindre nourriture provoque des quintes de toux. Toutes les nuits elle est prise de crises d'étouffements qui l'obligent à recourir à la morphine. A l'auscultation on trouve aux bases des signes d'emphysème pulmonaire indiscutables, mais il reste des râles humides aux deux sommets, avec retentissement de la voix. Expectorations très abondantes, crachats verdâtres. Après deux examens négatifs on y constate la présence de bacilles de Koch. Après un long séjour dans le service, elle se cachectise progressivement et meurt le 15 juillet 1905.

A l'autopsie [537] Symphyse pleurale des deux côtés. Le poumon droit est le siège d'une congestion œdémateuse. Emphysème au bord antérieur et à la base; à la coupe du sommet, on constate des îlots de tissu conjonctif et cicatriciel entourant des tubercules crus et deux ou trois cavernes. Le poumon gauche est infiltré d'un grand nombre de tubercules jaunâtres caséeux, ils sont entourés de tractus fibreux. Myocarde pâle, teinte feuille morte, ventricule droit dilaté. L'aorte est athéromateuse.

OBSERVATION IX (M. Boinet)

Frédéric M..., 60 ans, arrive à l'Hôtel-Dieu dans un état cachectique très marqué. Œdème de la face et des membres inférieurs. Orthopnée, crachats hémoptoïques. A la percussion, sonorité exagérée aux deux bases, matité aux sommets. A l'auscultation, la poitrine est encombrée de râles à timbre grave et à grosses bulles; il existe cependant au sommet droit quelques râles plus fins et qui persistent après la toux.

A l'autopsie [515]. Le sommet du poumon droit est infiltré de tubercules caséux et de cavernes, ils alternent avec des zones de sclérose pulmonaire et d'emphysème. Au poumon gauche, emphysème à la base, tubercules disséminés et sclérose pulmonaire. Adhérences pleurales considérables des deux côtés. Cœur mou, dilaté. Aorte athéromateuse. Reins scléreux. Foie scléreux avec des îlots de dégénérescence graisseuse.

Pneumonie au cours de la tuberculose fibreuse

OBSERVATION X (M. Boinet)

Pauline A., 68 ans. Sainte Elisabeth, 10, entre à l'Hôtel-Dieu avec une température de 39°, de l'œdème des membres inférieurs, la langue rôtie, des traces d'albumine dans les urines. Elle tousse depuis plusieurs années et a eu, il y a dix ans, des hémoptysies. Elle s'occupait cependant des soins de son ménage lorsqu'elle fut prise, il y a huit jours, à la suite d'un refroidissement, d'une toux plus fréquente, d'une oppression plus vive, d'un point de côté à gauche qui ne lui laissent depuis aucun repos. On constate à l'auscultation des râles sibilants et ronflants disséminés avec, au sommet gauche, des signes d'hépatisation. Les crachats sont peu abondants. La malade, assise sur son lit, ne vide pas ses bronches ; elle meurt le 24 mai 1905, après une longue agonie.

A l'autopsie [526]. On constate un foyer d'hépatisation rouge à la partie supérieure du poumon gauche, le reste de cet organe présente des lésions d'emphysème et quelques tubercules caséux disséminés ; ils sont entourés de travées fibreuses qui affectent un aspect aréolaire. A droite, le poumon est le siège d'un emphysème généralisé, il est congestionné à la base, présente quelques tubercules crétacés au sommet, une plèvre épaisse le recouvre. Le cœur est normal. Les reins sont scléreux, le foie présente des signes de dégénérescence graisseuse.

Formes fibro-cavitaires

OBSERVATION XI (M. Boinet)

Marie R..., 62 ans (Hôtel-Dieu, salle Sainte-Elisabeth, 12 septembre 1903), ne présente pas de maladies antérieures dans ses antécédents, mais toute sa vie elle a souffert de la misère. De ses cinq enfants, trois sont morts en bas âge, deux de méningite tuberculeuse, un d'athrepsie. Elle tousse beaucoup depuis un an et crache abondamment; elle a, en outre, considérablement maigri. Les symptômes qu'elle présente sont typiques : souffle cavitaires au sommet gauche. Au sommet droit, on constate seulement une matité complète, massive, avec abolition du murmure vésiculaire. Les vibrations, augmentées sur toute la hauteur du thorax, éliminent le diagnostic de pleurésie. La mort survient, rapide, au milieu de l'asthénie et de la dyspnée.

A l'autopsie [230]. On trouve : au sommet du poumon gauche, une caverne, grosse comme une noix; elle est recouverte d'un épaississement pleural fibreux très épais; autour d'elle, sont disséminés de petits tubercules calcifiés et quelques cavernes, engainées et réunies par des tractus fibreux. Des lésions d'emphysème pulmonaire ont envahi les bords antérieurs et une partie du sommet du poumon. Le poumon droit est entouré d'adhérences fibreuses dans toute sa hauteur; elles sont plus accusées au sommet et très marquées au niveau du diaphragme, le lobe supérieur est le siège des altérations classiques de la phtisie fibreuse avec d'abondants tractus fibreux, entourant de petits tubercules non ramollis. Ces lésions existent aussi, mais à un degré moins avancé dans les deux lobes inférieurs. Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse. L'aorte est athéromateuse. Enfin, on note une dilatation de l'orifice tricuspideen.

OBSERVATION XII (M. Boinet)

Paul B., 63 ans, salle Ducros, 25, est un ancien cocher, alcoolique et fumeur; il tousse depuis dix ans et vient, depuis plusieurs années, passer ses mois d'hiver à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, il est

toujours amaigri et en proie à une dyspnée assez vive ; mais, après quelques jours de repos, son état s'améliore vite : il va et vient dans la salle, aide les infirmiers dans leur service, garde les délirants, joue aux cartes avec les convalescents, dissémine, en un mot, ses bacilles de tous les côtés. Les signes d'auscultation sont manifestes, mais ne progressent pas. Au mois de mars 1903, il quitte le service et revient, trois mois après, amaigri, méconnaissable, dans un état d'anémie extrême. Il a été pris d'hémoptysies très violentes et répétées. Elles se reproduisent dans le service et hâtent sa mort, qui survient le 19 juillet 1903.

A l'autopsie [210]. Deux cavernes à parois fibreuses occupent le sommet du poumon gauche l'une d'elles contient encore un exsudat noirâtre et cruenté ; elles sont entourées de bandes fibreuses ; ailleurs, on constate de l'emphysème et des tubercules calcifiés. Le poumon droit présente de nombreux tubercules au sommet et un emphysème considérable à la base. Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse.

Formes ulcéreuses

OBSERVATION XIII (M. Boinet)

Pierre P..., 65 ans. Sa femme est morte tuberculeuse il y a trois ans, et lui-même tousse et crache depuis plus de vingt ans. Il est tombé dans une grande misère et arrive à l'Hôtel-Dieu dans un état lamentable. Il souffre d'une diarrhée continue, tousse et crache toute la nuit, n'a aucun appétit et a à peine la force de se soulever sur son lit. A l'auscultation, on trouve un souffle à timbre caveux aux deux sommets, avec gargouillements après la toux. Crachats abondants, verdâtres, ne présentant pas l'aspect nummulaire, contenant le bacille de Koch. Il meurt cachectisé huit jours après son admission, 19 décembre 1904.

A l'autopsie [418]. On trouve dans la moitié supérieure du poumon gauche une série de cavernes entourées de tractus fibreux et de tubercules miliaires. Il existe aussi à la base des tubercules en voie de ramollissement. Le poumon droit présente, au niveau de sa base supérieure, une caverne du volume d'une mandarine et une infiltration de tubercules miliaires. Son lobe inférieur est infiltré en

masse de tubercules jeunes. L'orifice tricuspidé est dilaté. Le foie est atrophié, gras.

OBSERVATION XIV (M. Boinet)

Clément B..., 58 ans, ancien ouvrier des quais, de haute stature, autrefois très vigoureux ; alcoolique ; a eu des fièvres intermittentes en Algérie, une pleurésie à frigore, il y a dix ans. Depuis cette dernière maladie, il est sujet à des bronchites répétées, mais n'a jamais eu d'hémoptysies. Lorsqu'il entre à l'Hôtel-Dieu, il est très amaigri, présente de la matité aux deux sommets, et à l'auscultation des signes cavitaires. Il meurt après deux mois de séjour dans le service, le 19 décembre 1904.

A l'autopsie [439]. On constate une caverne au sommet du poumon droit ainsi que des cavernules disséminées dans les lobes supérieurs et moyens. Le poumon gauche présente une caverne à son sommet, une infiltration de tubercules dans ses deux tiers inférieurs et des tractus fibreux à sa base ; comme dans la plupart des cas précédents, le foie est atrophié, gras, et les reins sont en état de dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION XV (M. BOINET)

Honoré G..., 68 ans, ancien mécanicien, entre à l'Hôtel-Dieu, très amaigri. Il tousse depuis plusieurs années et a craché toute sa vie ; cette particularité, qu'il juge inhérente à sa profession, ne l'a jamais inquiété. Depuis trois mois cependant, la toux est devenue plus fréquente et il a remarqué dans ses crachats quelques filets de sang, il a souffert, en outre, de la misère. On constate, à l'examen de son appareil respiratoire, de la matité aux sommets, du souffle avec gargouillement après la toux. Il s'améliore au début de son séjour à l'hôpital ; mais, quatre mois après son entrée, il est pris d'une diarrhée profuse, et meurt dans le marasme.

Autopsie. Au sommet du poumon droit, caverne volumineuse et tubercules calcifiés. Le poumon gauche est infiltré de tubercules caséeux et de cavernes. Athérome aortique, plaques laiteuses péri-cardiques sur la paroi antérieure du ventricule droit. Insuffisance tricuspidienne. Foie rétracté, petit, gras. Reins sclérosés.

OBSERVATION XVI (M. BOINET)

Pierre M..., 57 ans, ancien ouvrier boulanger, alcoolique, fièvre typhoïde à 28 ans, entre à l'hôpital pour des troubles gastro-intestinaux ; son abdomen est volumineux, ascitique, mais il est aussi très amaigri et tousse continuellement. L'examen clinique enregistre des signes de cirrhose du foie, mais la présence de râles et de gargouillements au sommet du poumon fait poser des réserves au sujet de la coexistence probable d'une phymie. Le malade meurt rapidement après une crise de diarrhée profuse.

A l'autopsie. On constate des signes de cirrhose de Laënnec : foie petit, clouté rate volumineuse, le poumon droit, dont les deux tiers inférieurs sont infiltrés de tubercules en voie de ramollissement est creusé d'une vaste caverne à son sommet. Le poumon gauche est moins atteint, on y constate cependant plusieurs cavernes entourées de zones d'emphysème aréolaire. Le cœur droit est hypertrophié.

OBSERVATION XVII (M. BOINET)

Prosper M..., 56 ans, relieur, très amaigri, et présentant tous les signes de l'addisonnisme, meurt le 10 janvier 1904. Les signes d'auscultation qu'il présentait étaient ceux d'un cavitaires à la troisième période, et lorsqu'il entra dans le service son état était si précaire qu'il mourut le soir même.

A l'autopsie [329]. Le poumon gauche présente une caverne grosse comme une noix, localisée à son sommet et une infiltration du tubercules caséifiées sur tout le reste de l'organe. Des cavernes de même volume existent aussi au sommet du poumon droit, sur son bord antérieur et vers sa base. Ce poumon est infiltré dans toute sa hauteur de tubercules, de tractus fibreux abondants, et il est recouvert d'une plèvre épaissie. Le cœur est petit, l'orifice tricuspide dilaté. Le foie et les reins sont atteints de dégénérescence graisseuse. Les capsules surrénales sont sclérosées, bosselées, sans tubercules appréciables.

OBSERVATION XVIII (M. Boinet)

Jean-Baptiste B..., âgé de 59 ans, meurt à l'Hôtel-Dieu, après un séjour de plusieurs mois. Il présentait des signes de bacillose avancée, et le diagnostic chez lui ne laissait aucun doute.

A l'autopsie. On constate une symphyse complète des deux plèvres qui sont fibreuses et épaissies, une caverne volumineuse à la partie supérieure du poumon droit, dont la base est criblée de tubercules ; des cavernes au poumon gauche.

OBSERVATION XIX (M. Boinet)

Emile V..., 56 ans, garçon restaurateur, a eu une pleurésie à l'âge de 40 ans et depuis il tousse et crache chroniquement. Il a dû cesser tout travail l'année dernière, et depuis cette époque, il va d'un service de médecine à l'autre. Quand il rentre à l'Hôtel-Dieu, il est très amaigri et souffre surtout de la dysphagie produite par des accidents laryngés. A l'examen de son appareil respiratoire, on constate de la matité des deux côtés, du gargouillement au sommet du poumon droit. Son état général est encore suffisant, il peut se lever et descend dans la cour. La dysphagie augmente progressivement ; il s'y ajoute du spasme de la glotte, la cachexie survient alors rapidement et il meurt le 10 septembre 1903.

A l'autopsie [224]. Le poumon droit est scléreux et présente à son sommet huit cavernes dont le volume oscille entre les dimensions d'une noix et celles d'une mandarine. Le poumon gauche est emphysémateux, une cavernule existe à sa partie moyenne.

OBSERVATION XX (M. Boinet)

Alphonse B..., 57 ans, cuisinier, arrive à l'Hôtel-Dieu en proie à une dyspnée violente, il est malade depuis plusieurs mois, et son affection a débuté par une pleurésie ; depuis, il n'a jamais cessé de tousser ; à deux reprises il a eu des hémoptysies. Enfin, il était depuis un mois dans un garni, sans nourriture et sans soins. On remarque à la percussion de la matité aux deux sommets ; à l'auscultation la

poitrine est encombrée de râles dont quelques-uns ont un timbre caverneux. Malgré une médication énergique, il expire le soir de son arrivée.

A l'autopsie. Le poumon gauche présente une infiltration de masses caséeuses dans toute la hauteur de son lobe supérieur et quelques cavernules localisées au sommet.

Le lobe inférieur est splénisé et infiltré de tubercules plus jeunes. Le poumon droit est fibreux, rétracté, recouvert d'un épaissement pleural considérable. Son lobe supérieur est creusé de cavernes, dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noix. Vers la partie inférieure et externe du poumon se trouve une vaste caverne, affaissée, rétractée, en partie oblitérée par un tractus fibreux.

Formes pleurétiques

Au cours d'une tuberculose chronique

OBSERVATION XXI (M. Boinet)

Philippe M..., 60 ans, alcoolique, d'un tempérament jadis robuste, n'accuse comme maladie antérieure qu'une pneumonie à droite à l'âge de 40 ans ; il est malade depuis un an seulement, et son affection a débuté par un peu de toux, de l'oppression nocturne et de la dyspnée d'effort. Il y a deux mois qu'il s'est aperçu que son abdomen augmentait de volume ; depuis lors il n'a plus d'appétit, tousse davantage, la dyspnée est devenue intense. L'ascite est cependant peu abondante, mais on trouve au sommet gauche de la matité, un souffle à timbre cavitaire ; du côté droit, de la matité, du silence respiratoire, de la diminution des vibrations. Il meurt avant qu'on ait pu le ponctionner, 29 mai 1903.

A l'autopsie [185]. Le poumon gauche, splénisé dans toute sa hauteur, présente, à son sommet, deux cavernes et quelques tubercules ramollis ; on remarque près d'eux d'autres tubercules calcifiés et entourés de tissu scléreux. Le poumon droit est couvert d'adhérences scléreuses qui en rendent l'extraction difficile, il est congestionné et présente une caverne à son sommet. Le foie petit, enveloppé d'une capsule dure, fibreuse, épaissie, est atteint de dégénérescence graisseuse massive ; il est parcouru par des tractus

fibreux. Les reins sont volumineux, gras, jaunâtres. La plèvre droite contient un litre environ de liquide.

Au cours d'une tuberculose aiguë

OBSERVATION XXII (M. Boinet)

Marius P..., 73 ans, entre dans le service avec tous les signes classiques d'un épanchement pleurétique du côté droit, il n'est malade que depuis un mois et n'avoue aucune maladie antérieure. Une ponction permet de retirer un litre de liquide hémorragique, il n'en éprouve aucun soulagement et meurt une semaine après.

A l'autopsie [7]. Le poumon gauche est congestionné, rouge vineux, infiltré par une énorme quantité de tubercules miliaires. Le poumon droit est le siège d'une infiltration granuleuse considérable, prédominant à la base. La plèvre droite contient environ 200-cc. de liquide hémorragique. Symphyse cardiaque complète, myocarde mou, de couleur feuille morte, aorte athéromateuse. Infarctus ancien au niveau du rein et de la rate.

OBSERVATION XXIII (M. Boinet)

Prosper G..., 56 ans, succombe rapidement aux progrès d'une tuberculose généralisée. Sa maigreur extrême, son teint blafard, une diarrhée profuse, indiquaient la nature de son affection.

A l'autopsie. On trouve, enkysté dans la plèvre gauche très épaissie et qui lui forme une sorte de coque fibreuse, un épanchement de 600 grammes environ de liquide. Le poumon gauche, réduit au tiers de son volume normal, est transformé en un tissu compact traversé en tous les sens par des bandes fibreuses, émanant de la plèvre épaissie. Il est infiltré, en outre, de tubercules jeunes et de granulations miliaires. Le poumon droit offre la même infiltration généralisée de tubercules. L'intestin grêle présente des ulcérations transversales. Les anses intestinales sont agglutinées par de fausses membranes qui baignent dans un liquide purulent. Les ganglions mésentériques sont volumineux et quelques-uns même caséeux.

Formes aiguës

Tuberculose granulique

OBSERVATION XXIV (M. Boinet)

Ange B..., 67 ans, est amené à l'Hôtel-Dieu le 6 avril 1905; il est très amaigri, ne tousse pas, mais présente une température élevée, la langue saburrale, une diarrhée ocreuse assez abondante; il dit être malade seulement depuis un mois. On pense d'abord à une simple grippe, mais la température ne s'abaisse pas, la respiration est rude aux deux sommets, il existe quelques râles aux deux bases; le malade se cachectise rapidement et meurt le 18 avril 1905.

A l'autopsie [590]. Les deux poumons splénisés sont infiltrés de tubercules miliaires récents. Le cœur est normal, quelques plaques d'athérome à l'aorte.

OBSERVATION XXV (M. Boinet)

Louis G., 56 ans, tapissier, bonne santé antérieure, mais alcoolique, est pris subitement d'une toux sèche et fréquente, d'un accès d'oppression; il entre chez lui et un médecin, qui constate de la fièvre, trouve la langue saburrale, l'envoie à l'hôpital. Il meurt au bout de quelques jours sans avoir présenté de nouveaux symptômes.

A l'autopsie. Les deux poumons sont congestionnés, infiltrés de tubercules.

Phtisie galopante au cours d'une tuberculose emphysémateuse

OBSERVATION XXVI

Le nommé Jules L..., 57 ans, entre à l'hôpital de la Conception, salle Saint-François, n° 4 (service de M. le professeur Arnaud, suppléé par M. Michel, le 2 septembre 1905). C'est un ancien légionnaire qui vient de la Tunisie où il habitait depuis plus de trente ans. Il avait, autrefois, une santé robuste, que l'alcool, le paludisme

et la syphilis ont altérée; depuis cinq ans il est, en outre, sujet à des accès d'asthme avec oppression nocturne et tous les hivers il est obligé d'interrompre son travail pour entrer à l'hôpital. Depuis un an, il présente des crises d'épilepsie jacksonnienne dont il donne une description très exacte; elles commencent par le pied gauche, se propagent au membre inférieur, puis au membre supérieur, mais n'intéressent pas les muscles de la face; en dehors de ses crises, il conserve de la parésie du membre inférieur gauche avec un léger degré de contracture. Il venait de quitter l'hôpital de Tunis et se trouvait de passage à Marseille pour se rendre en Alsace, dans son pays, lorsqu'il est pris d'une crise qui l'oblige d'entrer à l'hôpital. Les médecins de Tunis, dont il nous présente un certificat, l'avaient traité pour de l'emphysème pulmonaire et, attribuant ses accès convulsifs à la syphilis antérieure, lui avaient administré de l'iodure de potassium à haute dose. Il présente, en effet, des symptômes indiscutables d'emphysème pulmonaire; la partie inférieure du thorax est dilatée; à la percussion, on constate aux deux bases un tympanisme clair, profond, caractéristique, qui empiète sur l'aire cardiaque et sur la matité du foie; à l'auscultation, la respiration est humée. Mais aux sommets, les signes changent: les fosses sus-claviculaires sont déprimées, on perçoit à gauche de la submatité et des râles humides, persistants. On ne peut douter: il existe au-dessous de l'emphysème une épine tuberculeuse. Les crachats sont verdâtres, très abondants; l'examen bactériologique, pratiqué à deux reprises, ne décèle cependant pas la présence du bacille de Koch. Après quelques jours de repos, le malade paraît amélioré, il se lève tous les jours, essaye de marcher, mais ses crises le reprennent bientôt: elles sont bien telles qu'il les décrivait et le laissent ensuite dans un état d'abattement profond. Deux jours après le retour de ses crises, il est pris d'une dyspnée intense, sa température s'élève à 40, son visage se couvre de sueurs, on constate à la base droite de la matité et du souffle; et, malgré le traitement d'usage que l'on institue aussitôt, il expire trois jours après.

A l'autopsie. Les deux poumons présentent de l'emphysème généralisé ancien et considérable. Au sommet gauche, on remarque en outre plusieurs îlots de sclérose limitant des tubercules crétacés, et quelques tubercules crus plus récents. La base droite enfin est

hépatisée ; à la coupe, on remarque un semis dru et confluent de tubercules miliaires. Le cœur est normal, l'aorte présente des plaques d'athérome. on constate enfin au cerveau un tubercule de la grosseur d'une noisette, caséeux au centre, qui occupe les plis supérieurs de la circonvolution pariétale ascendante et empiète sur le lobule paracentral.

Formes latentes

OBSERVATION XXVII (M. Boinet)

Anaïs B..., 57 ans, est amenée mourante à l'Hôtel-Dieu. Elle est si faible qu'il est impossible d'obtenir d'elle le moindre renseignement. Elle reste prostrée dans son lit, en proie à une diarrhée profuse, incoercible. Sa peau présente une pigmentation semblable à celle des addisonniens ; ses membres inférieurs sont, en outre, œdématisés. La malade ne tousse, ni n'expectore, et à l'auscultation les mouvements respiratoires sont si faibles que l'on n'entend aucun bruit. Elle meurt le lendemain à 6 heures du soir, 21 novembre 1902.

Autopsie [73]. La cavité péritonéale contient 200 grammes environ de liquide chyliforme, le péritoine est envahi de granulations tuberculeuses. Le cœur est petit, les capsules surrénales normales, les reins, blanchâtres, lardacés, ont leur capsule épaissie et adhérente à la coupe. Les poumons sont infiltrés de tubercules, avec cinq ou six cavernules de la grosseur d'une noisette au sommet.

OBSERVATION XXVIII (M. Boinet)

Robert L..., 62 ans, ancien ouvrier des quais, alcoolique, est amené du chaufferie municipal dans un état de cachexie extrême ; il est envahi par la phtiriose, il délire et ses mains sont agitées d'un tremblement convulsif ; il est incapable de répondre raisonnablement, il gémit seulement quand on lui adresse la parole. Sa langue est rôtie, il a une diarrhée profuse et baigne dans ses déjections. A l'auscultation, il respire si mal que l'on ne peut saisir aucun bruit. Il expire au bout de deux jours, le 14 janvier 1905.

Autopsie [97]. Rien au cerveau. Au poumon gauche on constate

au sommet une caverne de la grosseur d'un œuf; le parenchyme qui l'entoure est infiltré de tubercules, la plèvre est épaissie, avec des adhérences récentes au thorax. Le poumon droit est infiltré de tubercules, il ne présente pas de cavernes. Il existe, en outre, sur le cæcum de larges ulcérations transversales dont la nature tuberculeuse ne fait aucun doute.

OBSERVATION XXIX (M. Boinet)

Blaise M..., 57 ans, miséreux, est apporté mourant dans le service le 15 juin 1903. Un examen approfondi ne permet pas de découvrir la cause de son état; il respire si mal que l'on n'entend rien à l'auscultation; à la percussion, on trouve de la submatité aux deux sommets. Il présente une diarrhée continue incoercible. La mort survient le soir de son entrée.

A l'autopsie. Le poumon droit présente une caverne du volume du poing au sommet, ses deux lobes supérieurs sont infiltrés de tubercules caséux. On constate aussi une caverne au sommet du poumon gauche et une infiltration massive de tubercules. La plèvre droite contenait, en outre, un litre de liquide citrin.

Tuberculose latente et Cancer

OBSERVATION XXX (M. Boinet)

François B..., âgé de 65 ans, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1905. Il est dans un état de cachexie extrême, mais ne se plaint que d'une très grande faiblesse. Il s'essouffle facilement, ne peut accomplir aucun effort, et n'a plus d'appétit, s'alimente à peine, tousse et crache peu. A l'examen du poumon, on constate une simple submatité au sommet gauche, la respiration est très faible et l'on ne perçoit pas de râles. On examine cependant ses crachats à deux reprises, on n'y trouve pas de bacilles de Koch. On l'envoie alors à l'hôpital Salvator, espérant que l'air de la campagne aura sur lui une action stimulante. Il en revient épuisé, et meurt de cachexie quelques jours après.

Autopsie 3 juin 1905 [N° 528]. On constate à l'ouverture de

l'abdomen une masse néoplasique de 7 centimètres de largeur sur 11 de longueur et 3 d'épaisseur, entourant l'estomac et adhérant au rein gauche, à la rate et à la capsule surrénale. Le poumon droit est scléreux, sans tubercules. Le sommet du poumon gauche est creusé de 4 ou 5 cavernules de la grosseur d'une noisette, la base est simplement congestionnée.

OBSERVATION XXXI

Siffrein Joseph- F. âgé de 57 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un service de chirurgie avec des signes de rétrécissement de l'œsophage. Il est si faible et si amaigri et son affection a évolué si rapidement, que le diagnostic de néoplasie ne fait aucun doute ; il meurt quelques jours après son entrée, 15 mai 1905-

A l'autopsie [523] On remarque un cancer de l'œsophage, mais le poumon droit est creusé à sa partie moyenne, d'une vaste excavation de 8 centimètres sur 4 ; elle est entourée de tissu fibreux et d'emphysème.

OBSERVATION XXXII

Une femme âgée de 60 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un état de cachexie extrême, elle traîne depuis plusieurs années et les signes qu'elle porte ne laissent aucun doute sur la nature de son état : matité aux sommets, craquements humides après la toux. Après un court séjour dans le service, elle est prise d'une dyspnée très accusée, sa face et ses membres inférieurs s'œdématisent ; elle meurt après une longue agonie.

Autopsie [515]. Poumon droit. Le sommet est congestionné et infiltré en masse de tubercules jeunes qui entourent des cavernules. Le poumon gauche présente des lésions analogues : tubercules miliaires et caséux. Le cœur est petit, l'aorte est athéromateuse ; on remarque en outre, au-dessus du côlon transverse un abcès sous-diaphragmatique qui adhère au pylore, il correspond à un noyau cancéreux que l'on n'avait pas soupçonné pendant la vie.

Tuberculose latente chez des nerveux chroniques

OBSERVATION XXXIII (M. Boinet)

François G..., 64 ans, ancien charretier, alcoolique et artério-scléreux, entre à l'Hôtel-Dieu au mois de mai 1905. C'est un vieil aortique, déjà traité dans plusieurs services et qui présente les signes typiques de ses lésions : éclat clangoreux du second bruit aortique, poulx dur et bondissant ; depuis un an, il est atteint, en outre, d'une hémiplegie du côté droit avec crises épileptiformes. Un mois à peine après son entrée dans le service, il est pris d'un accès convulsif et meurt sans avoir repris connaissance

A l'autopsie [531]. On constate, en outre de ses lésions cérébrale et aortique, de la congestion œdémateuse du poumon gauche, avec, au centre, plusieurs tubercules crétacés. Le poumon droit, à quatre lobes, n'a pas de traces de tubercules.

OBSERVATION XXXIV (M. Boinet)

H..., âgé de 56 ans, traité dans le service depuis plusieurs années, salle Ducros, 14, pour des accidents de syphilis cérébrale (hémiplegie à droite avec crises épileptiformes et aphasie. Mort dans le coma.

A l'autopsie [513]. On trouve des lésions de phtisie fibreuse. Au poumon droit, il existe en effet, entouré de tissu scléreux et d'emphysème, un amas de tubercules caséeux. Le poumon gauche est congestionné et présente de nombreux tubercules au sommet.

OBSERVATION XXXV

Une femme âgée de 56 ans, atteinte de paraplegie flasque, avec diminution notable de la sensibilité, se cachectise et meurt après avoir présenté des escharres et des signes de ramollissement cérébral.

A l'autopsie. Le sommet de ses poumons est scléreux et infiltré de tubercules caséifiés. La muqueuse de l'intestin grêle est parsemée d'ulcérations tuberculeuses.

CONCLUSIONS

I. La tuberculose pulmonaire est commune dans la vieillesse.

II. Sur 100 personnes qui meurent tuberculeuses, 11 ont plus de 55 ans.

Sur 100 tuberculeux traités dans les hôpitaux, 7 ont dépassé le même âge.

Sur 100 vieillards hospitalisés, il en meurt 4 de la tuberculose pulmonaire.

Ces chiffres, pris dans les statistiques officielles, prouvent qu'il meurt autant de bacillaires après 55 ans qu'entre 15 et 20 ans.

III. La tuberculose pulmonaire a pu être contractée dans la jeunesse et être restée latente, mais le vieillard se tuberculise aussi comme l'adulte.

IV. Les lésions tuberculeuses présentent chez le vieillard une évolution particulière : elles restent limitées, n'ont pas de tendances à la généralisation, s'accompagnent très fréquemment d'emphysème pulmonaire et revêtent le plus souvent la forme fibreuse.

V. Les principales formes cliniques sont : la phtisie fibreuse de Bard, la tuberculose ulcéreuse chronique, des formes catarrhales pleurétique, hémoptoïque et latente. Les formes aiguës existent aussi, elles présentent les mêmes variétés que chez l'adulte.

VI. Parmi ces formes, il en est dont le diagnostic s'impose ; les autres échappent à l'observation, on ne les reconnaît qu'à l'autopsie.

VII. Les tuberculoses fibro-emphysémateuse et catarrhale surtout sont d'un diagnostic difficile, elles sont souvent méconnues. Bien des catarrheux sont des bacillaires.

VIII. Les tuberculeux méconnus étant dangereux pour leur entourage, les signes de la bacilliose doivent être recherchés chez tous les emphysémateux. Il est prudent d'examiner à plusieurs reprises leur expectoration.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDRAL. — Annotations à l'ouvrage de Laënnec. 1837.
— Clinique médicale, t. IV. Paris, 1840.
- ARCHER. — The Dublin, Journ. of Med. sc. 1879.
- ARLOING, BAYLE, DUMAREST. — Etude sur les rapports entre la séro-agglutination et la localisation anatomique et l'évolution de la tuberculose chez l'homme. Congrès de la tuberculose, 1905.
- ASLANIAN. — De la Tub. pulm. accompagnée d'accès pseudo-asthmatiques. Th. Paris, 1883.
- J. ARNAUD. — L'Isolement des Tuberculeux hospitalisés à Marseille. Marseille Méd., 15 juillet 1905.
- AUCHIER. — Les Maladies de la vieillesse, d'après Hippocrate. Paris, 1804.
- AUDOIN. — De la phtisie aiguë chez les vieillards. Th. Paris, 1879.
- AYMARD. — De la curabilité de la tub. pulm. Th. Paris, 1893.
- BABÈS. — Archives de Médecine expérimentale. Juillet 1893.
- BALME. — Fréquence de la Tuberculose pulmonaire latente. Th. Lyon, 1905.
- BARD. — De la phtisie fibreuse chronique. Ses rapports avec l'emphysème et la dilatation du cœur droit. Th. Lyon, 1879.
- BARD, REVILLIOD, VERGELY. — Formes cliniques de la Tub. pulmonaire. Congrès de Montpellier, 1898.
- BARIÉ. — Bul. Soc. anatomie. 1875.
— Recherches sur la Tuberculose pulmonaire sénile. Revue de Médecine, 1895.
- BAROT. — Contribution à l'étude des sénilités locales. Th. Nancy, 1902.
- BARTH. — Tuberculose chez une femme de 76 ans. Bull. Soc. Anat., 1849.

- BAUMGARTEN. — Uber latente tuberculosis. Clin. vortrage von Volk-
mann, 1894.
- BAYLE. — Recherches sur la phtisie. Paris, 1810.
- BAZIN. — Leçons sur la scrofule. Paris, 1851.
- BEAU. — Etudes cliniques sur les maladies des vieillards. Journal
de Beau....., etc..... 1843.
- BENNETT. — Phtisis coexist. with emphysema. — Transact pathol.
soc. of London, 1859.
- BÉCLÈRE. — La tuberculose pulmonaire chez les emphysémateux et
son diagnostic à l'aide des rayons de Röntgen. Congrès
de la Tuberculose, 1905.
- BINSE. — De la tuberculose pulmonaire tardive, etc. Paris. 1877.
- BERNHEIM. — Cliniques médicales.
- Traité clinique et thérapeutique de la Tuberculose
pulmonaire. 1902.
 - Bulletin Médical. 29 août 1903.
 - Tuberculose emphysémateuse. Rev. Méd. de l'Est,
1900.
- BOINET. — Fréquence et dangers de la tuberculose pulmonaire
sénile. Marseille Médical. 15 août 1905.
- BOLLINGER. — Münch Medicin Wochenschrift. 1888.
- BOUCAUD. — Observation de tuberculisation aiguë chez un vieil-
lard. Gaz. Méd. Lyon, 1865.
- BOUDE. — Essai sur la dyspnée dans la T. P. chronique. Th. Paris,
1882.
- BOUDET. — Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de
la T. P. Th. Paris, 1843.
- BOULAND. — Quelques signes de la T. P. fibreuse. Gaz. des Hôp.
de Toulouse, 1894.
- BOULATOW. — Lésions des fibres élastiques des poumons dans la
vieillesse. Saint-Pétersbourg, 1897.
- BOURGOIS. — Exode rural et Tuberculose. Th. Paris, 1905.
- BOY-TEISSIER. — Leçons sur les maladies des vieillards. Paris, 1894.
- BRAULT. — Contribution à l'étude des tuberculoses occultes. Th.
Lyon, 1896.
- BRICHETEAU. — Maladies chroniques de l'appareil respiratoire. 1851.
- BROUSSE. — L'involution sénile. Th. d'agrégation. 1886.
- BÜCHNER. — Zum Verhaeltnisz von Emphysem und. Tub. der Lun-
gen. Wurzb. Med. Ztschs, 1861.

- CALLIER. — Alcool et tuberculose. Th. Paris, 1900.
- CAMBEROGUE. — Introduction à l'étude des maladies de la vieillesse.
Th. Montpellier, 1873.
- CANSTATT. — Die Krankheiten des hoheren alter. Erlangen, 1839.
- CHAIX. — Les tuberculoses pulmonaires latentes. Th. Paris, 1904.
- CHARCOT. — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards.
Paris, 1890.
- CHÉNIEUX. — Th. Paris, 1873.
- COCATRICE. — Tuberculisation aiguë des vieillards. Th. Paris, 1866.
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique.
- Compendium de Médecine, 1845.
- COLQUHOUM. — Sénile phtisis. Austr. Med. Journ. Melbourne, 1888.
- CORRIGAN. — Phtisis, emphysema. Proc. path. Soc. Dublin, 1849.
- COURMONT, PIC, etc. — Discussion sur le séro-diagnostic de la tuberculose. Soc. Méd. Hôp. Lyon, 15 décembre 1903.
- CRUCHET. — Cavernes pulmonaires bilatérales guéries. Emphysème.
Journal de Méd. de Bordeaux, 21 janvier 1900.
- CRUVEILHIER. — Anatomie et pathologie générales.
- DAMASCHINO. — Etiologie de la Tuberculose. Th. Agrégation, 1872.
- DAY. — A pratical treatase on deseases of avanced life, 1849.
- DEVEREUX. — Tuberculose sénile. Lancet, 1878.
- DÉJÉRINE. — Recherche des bacilles dans la tuberculose calcifiée.
Rev. Médecine, 1884.
- DEMANGE. — Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse. 1886.
- DELEARDE. — Emphysème et tuberculose pulmonaire. Bull. Méd.,
1903.
- DUQUET. — Tuberculose chez deux vieillards de 72 ans. Gaz. hôp.,
janvier 1885.
- DUMOULIN. — De quelques lésions tardives de la scrofule chez le vieillard. Paris, 1854.
- DURAND-FARDEL. — Traité pratique des maladies des vieillards.
1854.
- ETIENNE. — La tuberculose pulmonaire chez les vieillards. Rev. méd. de l'Est, 15 oct. 1905.
- FERRAND. — Leçons sur les formes et le traitement de la phtisie.
1880.
- FISCHER. — Tractatus de senio. 1766.

- FLOYER. — *Medicina geroconica*. 1724.
- FODÉRÉ. — *Essai sur la phtisie pulmonaire*. 1784.
- FULLER. — *On diseases of the lung and air-passage*. London, 1867.
- FROMENT. — *Le séro-diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez le vieillard*, Soc. méd. des Hôp. de Lyon et Lyon Médical, 1903. — *Congrès de la Tub.*, 1905.
- GEIST. — *Klinik der Greisenkrankheiten*. Erlanger, 1860.
- GENDRIN. — *Influence des âges dans les maladies*. Paris, 1840.
- GILLETTE. — *Article vieillesse, supplément du dictionnaire des dictionnaires de médecine*. 1843
- GILBERT. — *Tuberculose pulmonaire chronique chez le vieillard*. Paris, 1885.
- GOSSET. — *Tuberculisation générale aiguë chez l'adulte*. Th. Paris, 1852.
- GRANCHER. — *Maladies de l'appareil respiratoire*. Paris, 1890.
- GRASSET. — *Leçons de clinique médicale*. 1896.
- GUENEAU DE MUSSY. — *Influence réciproque de l'asthme et de la tuberculose*. Arch. méd., 1864.
- *Clin. médicales*, 1874. Gaz. heb. méd. et ch., 1871.
- HANOT. — *Article tuberculose du dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.
- HAUSHALTER. — *Persistance de la virulence du bacille de Koch dans un tubercule crétacé*. Rev. méd. de l'Est, 1891.
- HERARD ET CORNIL. — *De la phtisie pulmonaire*. Paris, 1867.
- HEITLER. — *Ueber die diagn. der Miliartuberk bei subst lungenemphys*. Wien. med. Woch, 1889.
- HIRTZ. — *De l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux*. Th., Paris, 1878
- HOURLMANN ET DECHAMBRE. — *Recherches cliniques pouvant servir à l'histoire des maladies des vieillards*. Arch. gén. de médecine, 1885.
- JARDIN. — *Phtisie pulmonaire des vieillards*. Th. Paris, 1871.
- LAENNEC. — *Traité de l'auscultation médiate*. 1826.
- LAUNOIS ET BOURGEOIS. — *Etude sur la mortalité par tuberculose à l'hôpital Tenon, de 1879 à 1903*. Rev. Tuberculose, 1904.
- LAMBERT. — *Contribution à l'étude de la phtisie et de l'emphysème pulmonaire*. Bull. Acad. de Belgique, 1875.

- LEBERT. — Traité clinique et pratique de la phthisie pulmonaire et des maladies scrofuleuses dans les différents organes, 1849-1879.
- LECORCHÉ et TALAMON. — Etudes médicales, 1881.
- LIEBERMEISTER. — Ueber Lungen emphysem. Deutsche Med. Woch., 1891.
- LUZZATO. — Infections mixtes dans la Tub. pulm. du vieillard. Centralblatt für bacteriologie, 1897.
- LOUIS. — Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie, 1825.
- LONGE. — Bull. Soc. Anat., 1893.
- MACLACHLAN. — A practical treat on diseases and infirmities of advanced life. London, 1863.
- MAGENDIE. — Mémoire sur la structure du poumon chez l'homme. Journ. de physiol. expérimentale, 1821.
- MAIRET. — Formes cliniques de la tuberculose miliaire des poumons. Th. Concours, 1878.
- MARSH. — Senile Tuberculosis. The Lancet, 1892.
- MARFAN. — Traité de Médecine, Charcot-Bouchard. Paris, 1893.
- MANFREDI. — Sur la mortalité par tuberculose et suivant les âges en Italie.
— Giorn. intern. d. Sc. med. Nov. 1893.
- MAUCLAIRE. — Th. doctorat. Paris, 1893.
- METTENHEIMER. — Beiträge zur Lehre der Greisenkrankheiten. Leipzig, 1863.
- MICHEL. — Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards. Th. Paris, 1894.
- MILCENT. — Bull. Soc. Anat. Paris, 1842.
- MONNIER. — Quelques types de tuberculose pulmonaire à évolution lente : les phthisiques gras, les tuberculeux emphysémateux adultes, les tuberculeux séniles. Gazette Médicale de Nantes, 1905.
- MORAND. — Th. Paris, 1900-1901.
- MORUCCI. — Th. Montpellier, 1902-1903.
- MOUSSOUS. — De la mort chez les phthisiques.
- MOURETON. — Etude sur la tuberculose des vieillards. Th. Paris, 1863.
- OLLIVIER. — De l'hémoptysie dans la vieillesse. Th. Paris, 1878.
- ORELLANA. — Th. Paris, 1880.

- PAVILLARD. — Recherches sur la leucocytose dans la tuberculose pulmonaire. Th. Paris, 1900.
- PARISOT. — Revue médicale de l'Est, 15 janvier 1894.
- PARISOT et SPILLMANN. — Bacille de Koch dans la tuberculose sénile. Journal de médecine interne, 1897.
- PIERY et MANDOUL. — Variations numériques et morphologiques du bacille de Koch, etc. Arch. gén. de méd., 9 mai 1905.
- PETER. — De la tuberculisation en général. Th. Concours 1866.
- Cliniques médicales, 1879.
- PIDOUX. — Etudes générales et pratiques sur la phtisie, 1874.
- POTAIN. — Emphysème et tuberculose. Semaine Médicale, 1890.
- Des rapports de l'emphysème avec la tuberculose pulmonaire. Sem. Méd., 1892.
- Tuberculose à paroxysmes chez les arthritiques. Journ. de méd. et ch. pr., 1893.
- Tuberculose chez le vieillard. Bull. méd., 1894.
- Tuberculose chez le vieillard. Rev. de thérap., 1893.
- Tuberculose chez le vieillard. Journ. de méd. et ch. pr., 1895.
- PRUS. — Recherches sur les maladies de la vieillesse. Mém. Acad. de méd., 1840.
- QUESNE. — Hémoptysies foudroyantes survenant chez des vieillards tuberculeux. Bull. Soc. anat., 1839.
- RANCOULE. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire avec l'arthritisme. Th. Montpellier, 1899.
- RENAUT. — Note sur la tuberculose en général et sur ses formes fibreuses pneumoniques en particulier. Lyon-Médical, 25 mars 1879.
- REVEILLÉ-PARISE. — Considérations générales sur les maladies de la vieillesse. Bull. gén. thérap., 1851.
- ROGÉE. — Essai sur la curabilité de la phtisie pulmonaire. Arch. gén. de méd., 1839.
- E. ROLLET. — Ueber bluthusten im Greisenalter. Wien. medicinische presse, 1875.
- RUELLE. — Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards. Th. Paris, 1883.
- RUEFF. — De la tuberculose emphysémateuse. Nancy, 1903.
- SARDA. — Trèves et guérison de la tuberculose pulmonaire chez les arthritiques. Rev. heb., 1894. — Tub. pulm. chez les arthritiques. Congrès de Montpellier, 1898.

- SARDA et VIRES. — Nouv. Montpellier Médical, 1893.
- SÉCRETAIN. — Propositions et réflexions sur quelques maladies des vieillards. Th. Paris, 1827.
- G. SÉE. — Phtisie pulmonaire. 1884.
- SCHWEISGUTH. — De l'emphysème chez les tuberculeux. Th. Paris, 1895.
- STRAUS. — La tuberculose et son bacille. 1895.
— Article du traité de Brouardel et Gilbert.
- STOEKES. — Pulmonary phtisis With Emph. Dublin Quat, J. M. Sc. 1869.
- TAYLOR. — A case of pulmon. phtisis with emphysema. Polyclin. 1900.
- THAON. — Recherches sur l'anatomie pathologique de la tuberculose. Th. Paris, 1873.
- THOMAS. — De l'hémoptysie dans la vieillesse. Th. Paris, 1875.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales.
- VILLEMIN. — Etudes sur la tuberculose, 1868.
- VULPIAN et CORNIL. — Tuberculisation aiguë chez les vieillards.
- WIDAL. — Tuberculose locale chez les vieillards et hérédité tuberculeuse. IV^e Congrès de la tuberculose, 1898.
- WILDER. — Pulmonary tuberculosis in the aged. Colorado, N. J. Denver, 1904.
- WEIL. — De la Tuberculose chez le vieillard. Th. Nancy, 1881.
- WEILL. — Revue de Médecine, juin 1893.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 novembre 1905.
Le Recteur :
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 novembre 1905.
Le Doyen :
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
